

MEMOIRE

En vue de l'obtention du
Certificat de Capacité d'Orthophonie
présenté par :

Justine PIERRON

soutenu publiquement en juin 2016 :

**Intérêt du profil pragmatique dans le
diagnostic différentiel du syndrome
sémantique-pragmatique :
étude comparative des compétences pragmatiques vis-
à-vis d'enfants dysphasiques, autistes et
"dysharmoniques psychotiques" dans le cadre du bilan
orthophonique**

MEMOIRE dirigé par :

Maud LE BAR, orthophoniste, CHRU de Lille

Anne LORENDEAU, orthophoniste, CMP- ITEP de Croix

Lille – 2016

Remerciements

Merci à mes directrices de mémoire pour leur confiance, leur soutien, leur disponibilité, et leurs conseils théoriques et cliniques qui m'ont permis de mener à bien ce travail et de me construire en tant que future professionnelle

Merci à Mr De Guibert pour son aide, sa réactivité et l'apport de son expérience de clinicien et de chercheur

Merci aux équipes des trois structures dans lesquelles je suis intervenue pour leur accueil chaleureux et le temps qu'elles m'ont accordé

Merci aux enfants qui ont accepté de venir jouer avec moi, et à leur famille qui ont pris le temps de répondre à mes questions

Merci au Docteur Andrieu, au Docteur Damville et au Docteur Janati pour le temps qu'ils m'ont accordé et leurs conseils théoriques et cliniques qui ont aidé à structurer ce travail

Merci à Mme Macchi pour sa réactivité et ses conseils

Merci à mes maîtres de stage pour le savoir qu'elles m'ont transmis

Merci à mes amies de la faculté, et tout particulièrement à Marie et Clémentine pour leur présence dans les bons moments et leur soutien dans les moments plus difficiles

Merci à mes parents de m'avoir fait confiance. Merci à mon père de m'avoir soutenue et de m'avoir montré que l'on peut venir à bout des courses de fond les plus difficiles. Merci à ma mère pour ses relectures patientes, ses conseils précieux et son soutien sans faille

Merci à Jean-Baptiste et à Louise pour leurs encouragements précieux tout au long de mes études

Merci à Laurent de m'avoir accompagnée, soutenue et encouragée vers un avenir qui s'ouvre en grand devant nous

Résumé :

Alors que les classifications des maladies mentales sont en perpétuelle évolution, l'article de Beaud et De Guibert (2009) questionne la position nosographique du syndrome sémantique-pragmatique (SSP). Classiquement inclus dans les dysphasie (TSLO), il se rapproche de l'autisme par la préservation des aspects formels du langage et l'altération des compétences pragmatiques, mais ses caractéristiques cliniques semblent plus proches de celles de la "dysharmonie psychotique".

Le but de cette étude est d'évaluer et de comparer les compétences pragmatiques d'enfants ayant le diagnostic d'autisme, de TSLO, de "dysharmonie psychotique" et de SSP, pour vérifier si les profils pragmatiques des patients SSP et dysharmoniques se rapprochent, et savoir si un profil pragmatique spécifique à chaque pathologie se dégage en vue du diagnostic différentiel.

Notre étude s'appuie sur des données quantitatives issues de la Children's Communication Checklist de Bishop et des données qualitatives obtenues à partir d'épreuves d'évaluation de la pragmatique (test de Shulman et subtests de l'EVALO 2-6).

Bien que l'échantillon soit trop restreint pour conclure à une différence significative et généraliser à l'ensemble des patients ayant un même diagnostic, les résultats vont dans le sens d'un rapprochement des profils pragmatiques des patients dysharmoniques avec la description clinique du SSP, et d'une différence dans les profils pragmatiques des patients autistes, dysphasiques et dysharmoniques psychotiques. Néanmoins, le profil pragmatique ne peut pas être considéré comme pathognomonique. Ce travail est l'occasion d'une réflexion sur la notion de diagnostic, les différents courants théoriques évoqués et les rapports entre langage, pragmatique et pensée.

Mots-clés :

Psychiatrie - Autisme – Dysphasie – Dysharmonie psychotique – Diagnostic –
Enfant – Pragmatique

Abstract :

Classifications of mental pathology are constantly evolving. The article of Beaud and De Guibert (2009) questions the nosographic position of Pragmatic Language Impairment (PLI). Usually included in the Specific Language Impairment (SLI), it approaches autism by the preservation of the formal aspects of language, and the impairment of pragmatics skills, but the clinical characteristics seem closer to those of the "psychotic disharmony".

The purpose of this study is to evaluate and compare the pragmatic skills of children with autism, SLI, "psychotic disharmony" and PLI, to verify if the pragmatic profile of PLI and disharmonic patients are similar, and if a specific pragmatic profile for each pathology emerges.

Our study is based on quantitative data from the Children's Communication Checklist (Bishop), and qualitative data coming from pragmatic assessments (Test of Pragmatic Skills and subtests from EVALO 2-6).

Although the sample is too small to confirm a significant difference and to generalize to all patients with the same diagnosis, the results show a similarity between the pragmatic profile of disharmonic and PLI patients, and a difference between pragmatic profile of patients with autism, SLI and psychotic disharmony. Nevertheless, the pragmatic profil can-not be considered as pathognomonic. This work is an opportunity to reflect on the concept of diagnosis, the different theoretical currents, and the relationship between language, pragmatic skills and thought.

Keywords :

Psychiatry – Autism – Specific Language Impairment – Psychotic disharmony – Diagnosis – Children - Pragmatic

Table des matières

Introduction	1
Contexte théorique, buts et hypothèses	3
1. Un questionnaire nosographique	4
1.1. Les classifications	4
1.1.1. Classification de l'OMS: la CIM	4
1.1.2. Classification de l'APA: le DSM	4
1.1.3. Classification française	5
1.1.4. La nosographie actuelle	5
1.2. Quatre pathologies en question	6
1.2.1. Syndrome Sémantique-Pragmatique	6
1.2.1.1. Historique	6
1.2.1.2. Définition	6
1.2.1.3. Caractéristiques cliniques et langagières	7
1.2.2. Dysphasie – TSLO	8
1.2.2.1. Historique	8
1.2.2.2. Définition	8
1.2.2.3. Caractéristiques cliniques et langagières	9
1.2.2.4. Hypothèse d'un rapprochement entre SSP et dysphasie	9
1.2.3. Autisme	10
1.2.3.1. Historique	10
1.2.3.2. Définition	11
1.2.3.3. Caractéristiques cliniques et langagières	11
1.2.3.4. Hypothèse d'un rapprochement entre SSP et autisme	12
1.2.4. Dysharmonie psychotique	13
1.2.4.1. Historique	13
1.2.4.2. Définition	14
1.2.4.3. Caractéristiques cliniques et langagières	14
1.2.4.4. Hypothèse d'un rapprochement entre SSP et dysharmonie psychotique	16
1.3. Diagnostic différentiel	16
1.3.1. Autisme et dysphasie	16
1.3.2. Autisme et dysharmonie psychotique	18
1.3.3. Dysphasie et dysharmonie psychotique	19
2. La pragmatique	20
2.1. Définition	20
2.2. Historique	20
2.2.1. La pragmatique, chaînon manquant de l'interprétation des messages	20
2.2.2. Le langage remplit différentes fonctions communicationnelles	20
2.2.3. Le langage est un moyen d'agir sur le monde	21
2.2.4. Des règles extrinsèques au langage pour accéder à la valeur illocutionnaire	21
2.2.5. Des manipulations cognitives nécessaires à l'implication	21
2.2.6. Pragmatique cognitive et pragmatique intégrée	22
2.2.6.1. Approche intégrée : la pragmatique, mécanisme linguistique d'accès au sens non-littéral	22
2.2.6.2. Orientation cognitiviste : la pragmatique, mécanisme cognitif d'interprétation des énoncés	22
2.3. Développement de la compétence pragmatique	23
2.3.1. Définition	23
2.3.2. Des compétences innées	23

2.3.3. Les interactions précoces : la pragmatique, moteur du développement du langage.....	24
2.3.4. Le développement des précurseurs des compétences pragmatiques	24
2.3.5. Intersubjectivité et théorie de l'esprit.....	25
2.3.6. Le stade verbal	25
2.3.7. Un développement qui s'étend tout au long de la vie.....	26
2.4. Évaluation des compétences pragmatiques.....	26
2.4.1. Les 4 axes de la pragmatique (Coquet, 2005).....	26
2.4.2. La communication non-verbale.....	27
2.4.3. Types d'outils.....	27
2.4.4. Notion de norme.....	27
2.5. Pragmatique et pathologie.....	28
2.5.1. Troubles pragmatiques primaires.....	28
2.5.2. Troubles pragmatiques secondaires.....	28
2.5.3. Symptomatologie.....	29
3. Problématique, buts, hypothèses.....	29
3.1. Problématique.....	29
3.2. Buts.....	29
3.3. Hypothèses.....	30
Sujets, matériel et méthode.....	31
1. Rencontres avec les professionnels.....	32
2. Structures sélectionnées pour l'étude.....	32
3. Choix des sujets a priori.....	32
3.1. Critères d'inclusion.....	32
3.1.1. Critère d'âge.....	32
3.1.2. Critère de diagnostic.....	33
3.2. Critère d'exclusion.....	33
4. Protocole.....	33
5. Épreuves.....	34
5.1. Entretien d'accueil d'ÉVALO 2-6.....	34
5.2. Test des habiletés pragmatiques de Shulman.....	34
5.3. Tâche pragmatique 3 ("sur le banc") d'ÉVALO 2-6.....	35
5.4. Children's Communication Checklist (CCC) de Bishop.....	36
5.5. Profil des Troubles Pragmatiques (PTP) de Monfort.....	37
6. Matériel.....	37
7. Analyse des résultats.....	38
Résultats.....	39
1. Présentation de la population.....	40
1.1. Âge.....	40
1.2. Sexe.....	40
1.3. Diagnostics.....	40
2. Résultats des bilans.....	41
2.1. Données utilisées.....	41
2.2. TSLO avec difficultés pragmatiques.....	42
2.2.1. Killian.....	42
2.2.1.1. Anamnèse.....	42
2.2.1.2. Résultats du bilan.....	42
2.2.2. Gaël.....	43
2.2.2.1. Anamnèse.....	43
2.2.2.2. Résultats du bilan.....	43
2.2.3. Léo.....	43
2.2.3.1. Anamnèse.....	43

2.2.3.2.Résultats du bilan.....	43
2.2.4.Dorian.....	44
2.2.4.1.Anamnèse.....	44
2.2.4.2.Résultats du bilan.....	44
2.2.5.Lila.....	44
2.2.5.1.Anamnèse.....	44
2.2.5.2.Résultats du bilan.....	45
2.3.Dysphasie sémantique-pragmatique.....	45
2.3.1.Benoît.....	45
2.3.1.1.Anamnèse.....	45
2.3.1.2.Résultats du bilan.....	45
2.4.Dysharmonie psychotique.....	46
2.4.1.Latif.....	46
2.4.1.1.Anamnèse.....	46
2.4.1.2.Résultats du bilan.....	46
2.4.2.Wafi.....	46
2.4.2.1.Anamnèse.....	46
2.4.2.2.Résultats du bilan.....	47
2.4.3.Antony.....	47
2.4.3.1.Anamnèse.....	47
2.4.3.2.Résultats du bilan.....	47
2.4.4.Soan.....	48
2.4.4.1.Anamnèse.....	48
2.4.4.2.Résultats du bilan.....	48
2.4.5.Naël.....	48
2.4.5.1.Anamnèse.....	48
2.4.5.2.Résultats du bilan.....	49
2.5.Autisme.....	49
2.5.1.Théo.....	49
2.5.1.1.Anamnèse.....	49
2.5.1.2.Résultats du bilan.....	50
2.5.2.Célestin.....	50
2.5.2.1.Anamnèse.....	50
2.5.2.2.Résultats du bilan.....	50
2.5.3.Lucas.....	50
2.5.3.1.Anamnèse.....	50
2.5.3.2.Résultats du bilan.....	51
3.Comparaison entre les groupes.....	52
3.1.Comparaison des groupes diagnostiques sur la base des données quantitatives.....	52
3.2.Comparaison sur la base des données qualitatives.....	53
3.2.1.Versants altérés.....	54
3.2.2.Intentionnalité.....	55
3.2.3.Régie de l'échange.....	56
3.2.4.Adaptation.....	57
3.2.5.Informativité.....	58
3.2.6.Communication non-verbale.....	59
3.3.Comparaison des groupes de profils pragmatiques sur la base des données quantitatives.....	60
3.4.Résumé des trois profils pragmatiques identifiés.....	62
3.4.1.Groupe 1.....	62
3.4.2.Groupe 2.....	62

3.4.3. Groupe 3.....	63
Discussion.....	64
1. Rappel des principaux résultats.....	65
2. Discussion des principaux résultats et validation des hypothèses.....	66
2.1. Hypothèse 1 : les compétences pragmatiques des patients diagnostiqués SSP et dysharmoniques psychotiques sont proches.....	66
2.2. Hypothèse 2 : le profil pragmatique des patients diagnostiqués SSP et dysharmoniques psychotiques correspond à la description clinique du SSP issue de la littérature sur le sujet.....	66
2.3. Hypothèse 3 : les compétences pragmatiques des patients autistes, dysphasiques et dysharmoniques psychotiques sont différentes.....	68
2.4. Hypothèse 4 : un profil pragmatique spécifique à chaque pathologie peut être dégagé en vue du diagnostic différentiel.....	69
3. Critiques méthodologiques, difficultés rencontrées et justification des choix effectués.....	72
3.1. Sélection des structures.....	72
3.2. Sélection des patients en fonction du diagnostic.....	72
3.3. Choix des outils.....	73
3.4. Protocole.....	74
3.5. Analyse des données.....	75
4. Généralisation théorique, réintégration dans le champ orthophonique.....	76
4.1. La notion de handicap.....	76
4.2. La notion de diagnostic.....	76
4.3. La notion de trouble pragmatique.....	77
4.4. La notion de subjectivité.....	77
Conclusion.....	79
Bibliographie.....	81
Liste des annexes.....	92
Liste des annexes :.....	93
Annexe n°1 : Liste des acronymes.....	93
Annexe n°2 : Tableau comparatif des critères diagnostiques de la CIM-10, de la CFTMEA-R-2012, du DSM-IV-TR et du DSM-5.....	93
Annexe n°3 : Tableau comparatif des caractéristiques cliniques du SSP.....	93
Annexe n°4 : Tableaux comparatif des classifications des dysphasies.....	93
Annexe n°5 : Tableau comparatif des fonctions du langage.....	93
Annexe n°6 : Signes cliniques à rechercher lors du bilan orthophonique.....	93
Annexe n°7 : Liste des outils d'évaluation de la pragmatique.....	93
Annexe n°8 : Repères développementaux de la pragmatique.....	93
Annexe n°9 : Répertoire des symptômes des troubles pragmatiques.....	93
Annexe n°10 : Planning du bilan d'évaluation de la pragmatique.....	93
Annexe n°11 : Courriers adressés aux familles.....	93
Annexe n°12 : Parcours diagnostic de notre population.....	93
Annexe n°13 : Parcours de soin de notre population.....	93
Annexe n°14 : Présentation des résultats par patient.....	93
Annexe n°15 : Comparaison des résultats à la CCC des groupes formés en fonction du diagnostic.....	94
Annexe n°16 : Comparaison des résultats à la CCC des groupes formés en fonction du profil pragmatique.....	94

Introduction

L'autisme est une priorité de santé publique en France depuis 2005. Sa prise en charge débute par un diagnostic précoce, acte médical permettant d'identifier la nature de la pathologie. Cela nécessite d'écarter les troubles présentant des signes communs avec la maladie : ce "diagnostic différentiel" implique une démarche d'inclusion (identification des signes positifs de la pathologie) et d'exclusion (élimination d'une étiologie avérée qui expliquerait les troubles). Afin d'aboutir au diagnostic, il faut donc écarter l'ensemble des pathologies hétérogènes gravitant autour de l'autisme, telles que les autres formes de troubles envahissants du développement (TED), les troubles pédopsychiatriques et certains troubles spécifiques du langage oral (TSLO) qui peuvent présenter des formes cliniquement proches de l'autisme.

L'article de Beaud et De Guibert (2009) intitulé "Le syndrome sémantique-pragmatique : dysphasie, autisme ou "dysharmonie psychotique"?" aborde cette question du diagnostic différentiel entre TED, TSLO et troubles pédopsychiatriques, interrogeant la position nosographique du syndrome sémantique-pragmatique (SSP). Ce trouble communément inclus dans les dysphasies, est caractérisé par une préservation des aspects formels du langage et une altération de la pragmatique du langage qui le rapprochent des TED, tandis que la présentation des troubles pragmatiques est comparable à celle rencontrée dans la "dysharmonie psychotique". Il semble donc que l'évaluation de la pragmatique permette de différencier ces pathologies.

L'évaluation de ce domaine relevant de la compétence de l'orthophoniste, nous nous sommes attachée à la comparaison des profils pragmatiques de patients diagnostiqués SSP, TSLO, autistes et dysharmoniques psychotiques, afin de déterminer si leurs compétences pragmatiques pouvaient permettre de les distinguer. Ce travail est l'occasion d'étudier les diagnostics différentiels, les bases théoriques auxquelles ils font référence et les modalités d'évaluation de la pragmatique.

Nous nous intéresserons donc d'abord au contexte de l'article de Beaud et De Guibert (2009), en exposant les différentes classifications auxquelles renvoie leur travail, les pathologies abordées et les zones de chevauchement entre ces différents concepts, puis nous explorerons la notion de pragmatique et son évaluation en orthophonie. Nous exposerons ensuite notre protocole de recherche et les résultats obtenus. Enfin, nous discuterons des différents aspects convoqués dans ce travail, à la lumière des résultats de notre expérimentation.

Contexte théorique, buts et hypothèses

1. Un questionnement nosographique

1.1. Les classifications

Les termes évoqués par l'article de Beaud et De Guibert (2009) (autisme, dysphasie et dysharmonie psychotique) font référence à des pathologies mentales issues de trois classifications des maladies différentes. Mais avant de servir au diagnostic, ces classifications sont nées de deux objectifs distincts: connaître le nombre et la nature des pathologies pour servir aux statistiques médicales et administratives, et être des nomenclatures de référence pour permettre les études internationales comparatives (Garrabé, 2013). Nous allons commencer par exposer ces classifications.

1.1.1. Classification de l'OMS: la CIM

La première Classification internationale des Maladies (CIM-6) de l'Organisation Mondiale de la santé (OMS) (une liste qui explicite les acronymes est disponible en annexe 1) paraît en 1948 et consacre le chapitre V aux troubles mentaux. La dixième révision (CIM-10) sort en 1992 et devient plus statistique. Les conceptions qui ne font pas l'unanimité, notamment psychodynamiques, sont écartées. La CIM respecte une approche catégorielle (division d'une catégorie en sous-catégories présentant des critères diagnostiques similaires) (Weyland, 2014). La CIM-11, en raison de procédures de révision lourdes (Reed et al., 2013), sortira en 2018, 25 ans après la dernière édition. La CIM est la classification de référence pour la Haute Autorité de Santé (HAS), qui demande que toute autre classification établisse des correspondances avec elle.

1.1.2. Classification de l'APA: le DSM

Aux États-Unis, l'American Psychiatric Association (APA) a développé sa propre classification statistique de référence (Demazeux, 2013b), spécifique aux troubles mentaux de l'enfant et de l'adulte. Les deux premières éditions du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-I en 1952, et DSM-II en 1968) s'inscrivent dans l'approche psychanalytique (Widakowich et al., 2013). Le DSM-III (1980) adopte une approche athéorique et descriptive de la pathologie mentale, pour concilier les cliniciens d'orientation théorique différente, et perfectionner la clinique psychiatrique en utilisant les méthodes issues d'autres domaines médicaux (notamment se servir des données de la littérature plutôt que du consensus entre

experts). Pourtant, le DSM-III et son successeur (DSM-IV en 1994) sont fortement critiqués car certains groupes, notamment l'industrie pharmaceutique et les associations de parents, font pression dans leur élaboration (Demazeux, 2013a). Faisant suite à la version révisée du DSM-IV sortie en 2000 (DSM-IV-TR), le DSM-5 paraît en anglais le 18 mai 2013, et en français le 17 juin 2015. Cette nouvelle version introduit l'approche dimensionnelle (notion d'un continuum de troubles), en plus du modèle catégoriel habituel (Weyland, 2014).

1.1.3. Classification française

Malgré l'influence de ces deux classifications qui écartent progressivement les conceptions théoriques clivantes, la France se distingue par sa propre classification qui intègre explicitement la dimension psychodynamique (Misès, 2012). La première édition de la Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (CFTMEA) sort en 1988, et se centre sur les troubles mentaux des enfants et des adolescents, défendant la spécificité de la psychopathologie infantile (Coinçon, 2013). La CFTMEA affirme la primauté de la clinique face aux volontés statistiques et épidémiologiques, afin de rassembler autour des points cliniques fondamentaux des praticiens éloignés dans leur conceptions théoriques (Misès et al., 1987). Pourtant, dans sa révision (CFTMEA-R-2000), les termes issus des classifications internationales sont introduits en équivalence des termes sujets à débat lorsqu'ils recouvrent la même problématique. La version suivante (CFTMEA-R-2012) abandonne certains termes (notamment celui de psychose) qui ont une connotation stigmatisante, sans pour autant rejeter les concepts qui y sont associés (Misès, 2012), et garde une correspondance avec le chapitre V de la CIM, car l'aspect psychopathologique n'est "pas exclusif ni incompatible avec une approche descriptive sémiologique et un classement par catégories" comme dans le DSM et la CIM (Bursztein et al., 2011, p. 259).

1.1.4. La nosographie actuelle

Actuellement, 3 classifications coexistent donc en France: le DSM-5 sorti en français en 2015, la CIM-10 et la CFTMEA-R-2012. Le DSM-5 étant très récent, son prédécesseur, le DSM-IV-TR reste une référence. Un tableau disponible en annexe 2 récapitule l'architecture et les critères diagnostiques de chaque classification en ce qui concerne les pathologies qui nous concernent. L'histoire et le contexte d'élaboration de chacune de ces classifications, leurs objectifs et leurs partis pris

théoriques expliquent leurs différences et leur coexistence : "l'usage de telle ou telle de ces trois classifications suppose que l'utilisateur en connaisse les intentions, l'architecture et le mode d'emploi." (Coinçon, 2013, p. 316).

Nous allons à présent nous intéresser aux différentes pathologies exposées dans l'article de Beaud et De Guibert (2009), qui discute 4 hypothèses concernant la position nosographique du SSP. Nous présenterons l'histoire de ces concepts, leur définition et les symptômes, notamment langagiers, présentés par les patients.

1.2. Quatre pathologies en question

1.2.1. Syndrome Sémantique-Pragmatique

1.2.1.1. Historique

Le SSP, trouble central de l'article de Beaud et De Guibert (2009), est décrit pour la première fois par Rapin et ses collaborateurs (Rapin, 1996; Rapin & Allen, 1981, 1983; Rapin & Dunn, 2003) dans des articles traitant des troubles développementaux du langage. Parallèlement, Bishop et Rosenbloom (1987) incluent le trouble sémantique-pragmatique dans leur classification des troubles du langage de l'enfant, pour décrire des enfants dont le langage est correct dans la forme, mais "anormal dans son contenu et son utilisation" (Beaud & De Guibert, 2009). Par la suite, Bishop (1998) préférera le terme de trouble pragmatique du langage, considérant que les troubles sémantiques et pragmatiques n'ont pas forcément de co-occurrence (Swineford et al., 2014). Le SSP apparaît par la suite dans les travaux de Gérard (1991, 2003), sous le nom de dysphasie sémantique-pragmatique, ou de Mazeau (1999), mais sa position nosographique reste floue: le SSP est inclus dans les TSLO, mais paraît atypique par rapport aux dysphasies spécifiques et présente des similitudes avec les TED et les psychoses (Anglada et al., 2015). Ce trouble est resté une catégorie nosographique des chercheurs, rarement diagnostiqué et toujours discuté. Mais le DSM-5 fait entrer ce concept au sein des troubles de la communication, sous le nom de "trouble de la communication sociale (pragmatique)" (APA et al., 2015).

1.2.1.2. Définition

Le SSP est caractérisé par :

- une préservation de la forme langagière (phonologie et syntaxe)

- une altération du contenu et de l'usage du langage avec "des difficultés de compréhension, de formulation, d'interprétation et de décision, ainsi qu'un manque d'adéquation pragmatique, rendant le contenu discursif inadéquat et peu informatif" (Anglada et al., 2015, p. 2).

1.2.1.3. Caractéristiques cliniques et langagières

Différents auteurs ont décrit le SSP : un tableau disponible en annexe 3 reprend les dénominations et les caractéristiques cliniques du SSP pour chaque auteur. Selon ces descriptions, on peut retenir que (Bishop, 2000; Bishop & Rosenbloom, 1987; Gérard, 1991, 2003; Mazeau, 1999, 2005; Rapin & Allen, 1998; Rapin, 1996; Rapin et al., 2003) :

- le langage est fluent et normal au **niveau phonologique et syntaxique**
- les **choix lexicaux** sont atypiques, et certains auteurs rapportent un manque du mot, des paraphasies et des persévérations
- la **compréhension** est altérée et littérale, avec des réponses inadaptées et des difficultés d'inférence
- il existe des difficultés d'**intentionnalité de la communication** et de compréhension de la situation de communication : l'enfant peut parler pour lui-même (langage égocentrique), on observe des écholalies, des questions répétitives sans prise en compte de la réponse, des formules toutes faites et plaquées (conversation "cocktail party")
- la **régie de l'échange** est perturbée par des troubles de la topicalisation (défaut de maintien du thème, persévérations thématiques, irruption de nouveaux thèmes), et une absence de prise en compte de l'interlocuteur
- on note des troubles d'**adaptation** à la situation de communication et à l'interlocuteur, avec une familiarité ou une insensibilité aux codes sociaux
- il y a un manque d'**informativité** : le langage est qualifié de prolix, verbeux voire logorrhéique, avec des digressions, des processus associatifs étranges, un manque de cohérence et de cohésion du discours (différences, coq-à-l'âne, parenthésisations successives, absence de lien, fuite des idées).

L'article de Beaud et De Guibert (2009) présente un état des lieux de la littérature et des recherches menées sur ce trouble et expose les 3 hypothèses principalement discutées : la première hypothèse envisage le SSP comme un trouble propre au langage, un type de dysphasie.

1.2.2. Dysphasie – TSLO

1.2.2.1. Historique

Les termes désignant les troubles spécifiques et développementaux du langage ont été nombreux (Avenet et al., 2014), et leur diversité "reflète bien les interrogations nosographiques et étiologiques" à leur sujet (Piérart, 2004, p. 6). En 1965, on introduit le terme de "dysphasie" (Ajuriaguerra & Guignard, 1965), qui désigne un trouble d'origine neurologique interférant très précocement sur le développement du langage, par opposition à l'"aphasie acquise de l'enfant" (Leonard, 1998), qui désigne un trouble du langage dû à une pathologie neurologique identifiée dans le cadre d'un développement initialement normal. Mais pour certains auteurs, le préfixe "dys" n'a qu'une valeur sémiologique de trouble langagier, sans considération étiologique (association possible avec d'autres pathologies si les patterns langagiers sont semblables), alors que pour d'autres, il a le même sens que "spécifique" et "primaire" (pour lequel aucun facteur explicatif ne peut être mis en évidence), notions qui s'accompagnent d'"ambiguïtés conceptuelles importantes" (Avenet et al., 2014, p. 160). Dans cette dernière acception, le diagnostic de dysphasie implique donc l'exclusion des causes évidentes de trouble du langage oral : absence de troubles sensoriels ou moteurs, de trouble pédopsychiatrique, de déficience intellectuelle, de trouble neurologique (Stark & Tallal, 1981). Une position intermédiaire (APA, 1998, 2004; Mazeau, 2008) considère que d'autres pathologies peuvent être associées si les difficultés langagières dépassent celles normalement associées à ces troubles. A présent, c'est le terme "Specific Language Impairment" (SLI) (trouble spécifique du langage) qui s'impose dans la littérature anglo-saxonne (Bishop, 1992; Leonard, 1979, 1987, 1991). Dans la terminologie francophone, la notion de "dysphasie" a perduré, notamment dans la nomenclature des actes orthophoniques (JORF, 2014), malgré l'évolution des classifications, et coexiste avec celle de "trouble spécifique du langage oral" (TSLO) (c'est pourquoi nous utiliserons ces deux termes de façon équivalente).

1.2.2.2. Définition

"La dysphasie est un trouble développemental, spécifique, sévère et persistant qui concerne l'élaboration du langage oral sur ses versants de production et/ou de compréhension" (Maillart & Leclercq, 2014, p. 3) :

- **Développemental:** le trouble entrave le développement langagier dès les premières acquisitions (démarrage lent et tardif du langage)
- **Spécificité:** l'altération du langage est plus importante que les autres domaines d'acquisition
- **Sévérité:** le trouble est suffisamment sévère pour interférer avec les activités quotidiennes et scolaires de l'enfant
- **Persistance:** le trouble persiste malgré la mise en place d'une rééducation adéquate.

1.2.2.3. Caractéristiques cliniques et langagières

Si l'on considère les dysphasies comme un groupe homogène, la description des symptômes constitue un inventaire exhaustif des altérations phonologiques, sémantiques, syntaxiques et pragmatiques (Monfort & Juárez, 2001), bien que tous les symptômes ne soient pas présents chez tous les patients. La CIM et le DSM distinguent les troubles réceptifs (ou mixtes réceptifs-expressifs) et expressifs, mais ne tiennent pas compte du degré de sévérité, du caractère déviant du langage et "apparaissent donc insuffisants dans les critères diagnostiques" (George, 2007, p. 12). Les chercheurs (Rapin et Allen (1983), Gérard (1991, 1993) et Mazeau (2005) d'une part, et d'autre part Parisse et Maillart (2009) qui reprennent une proposition de Bishop (2004)) ont cherché à définir précisément ces critères, et à regrouper les symptômes fréquemment associés pour classer les dysphasies selon la typologie des troubles observés. Un tableau reprenant ces différentes classifications et les symptômes évoqués par chaque auteur est disponible en annexe 4.

1.2.2.4. Hypothèse d'un rapprochement entre SSP et dysphasie

Le rapprochement entre SSP et dysphasie (Bishop & Rosenbloom, 1987, Gérard, 1991, Botting & Conti-Ramsden, 1999, Bishop, 2004, Rapin et al., 2003, Chevrie-Muller & Narbonna, 2007) repose sur l'idée d'un trouble développemental du langage, mais dépend de la définition du langage que l'on utilise (Beaud & De Guibert, 2009). Les chercheurs anglo-saxons définissent le langage de façon élargie, incluant la communication, tandis que la tradition française le définit de façon restreinte aux aspects formels (phonologie, lexique et morphosyntaxe). Ainsi le SSP, issu de la littérature anglo-saxonne, a été d'emblée inclus dans les troubles développementaux du langage, bien qu'il s'en distingue la préservation des compétences linguistiques formelles. Ainsi, une deuxième hypothèse envisage le

SSP comme un trouble de la communication épargnant les compétences langagières mais altérant la pragmatique, c'est-à-dire la manifestation d'un trouble autistique.

1.2.3. Autisme

1.2.3.1. Historique

La médecine et la pédopsychiatrie n'ont reconnu que tardivement la souffrance physique et psychique spécifique de l'enfant (Lenoir et al., 2007). Avant le XIXème siècle, la pédopsychiatrie ne prend en compte que la déficience intellectuelle (Hochmann, 2010; Lebovici et al., 1995) et recherche les formes infantiles des pathologies psychiatriques de l'adulte (Marcelli & Cohen, 2012). A la fin du XIXème siècle et au début du XXème, le modèle explicatif dominant des pathologies mentales de l'enfant est organiciste : les troubles sont considérés comme constitutionnels (Lebovici et al., 1995). La première maladie mentale spécifique à l'enfant individualisée est la "démence précocissime" de De Sanctis (1908), qui deviendra la "schizophrénie infantile" à la lumière des travaux de Bleuler (1950).

La psychanalyse issue des travaux de Sigmund Freud (1987) permet d'isoler les troubles mentaux de l'enfant des modèles adulte et des déficiences intellectuelles (Bon Saint Côme-Donnadieu, 2011), et de considérer l'enfant malade comme un individu en souffrance susceptible d'être soigné voire guéri (Hochmann, 2010). La psychanalyse attire l'attention sur les troubles psychiques de l'enfant, par l'importance qu'elle donne à cette période de la vie, et à l'impact de l'environnement et du milieu familial dans le développement de l'enfant. Néanmoins, envisager ces facteurs comme causalité exclusive des troubles aboutit aux dérives observées par le passé (culpabilisation des mères d'enfants autistes par exemple) (Marcelli & Cohen, 2012).

Le terme d'autisme (issu d'"autos" en grec qui signifie "soi-même") est employé pour la première fois en 1911 par Bleuler (1950) pour décrire le repli sur soi des schizophrènes. Kanner (1943) écrit un article dans lequel il utilise ce terme pour caractériser la symptomatologie de 11 enfants présentant un "repli autistique extrême", une incapacité à établir des relations de façon normale avec les personnes et les situations, qu'il décrit comme "pathognomonique" (Kanner, 1990, p. 22). Il suppose que "ces enfants sont venus au monde avec une incapacité innée à établir le contact affectif habituel avec les personnes, biologiquement prévu, exactement

comme d'autres enfants viennent au monde avec des handicaps physiques ou intellectuels" (Kanner, 1990, p. 27).

L'autisme est d'abord considéré comme une psychose dans les premières classifications basées sur le modèle psychanalytique. C'est à partir de la CIM-10 et du DSM-III-R que l'on remplace la notion de psychose par celle de TED, dont l'autisme est le trouble central, à côté des Trouble Envahissant du Développement Non Spécifié (TED-NS) si le tableau est incomplet ou atypique. Le DSM-5, dans la perspective dimensionnelle, introduit le concept de Troubles du Spectre Autistique (TSA) qui recouvre l'ensemble des TED. La CIM-11 devrait elle aussi employer cette nouvelle terminologie (Reed et al., 2013).

1.2.3.2. Définition

L'autisme typique de l'enfant est un trouble du développement, constitué avant l'âge de trois ans, qui comporte 3 pôles principaux:

- des troubles des interactions sociales
- des troubles de la communication
- des comportements, intérêts et activités répétitifs et/ou restreints.

1.2.3.3. Caractéristiques cliniques et langagières

L'autisme est un trouble global des modalités de relation du sujet avec autrui et le monde environnant, marqué par un retrait relationnel, un manque de réactivité et d'intérêt aux autres, un manque de partage des émotions avec autrui (évitement du regard, déficit de décodage des expressions faciales, émoussement affectif), une intolérance au changement, une anxiété et des peurs inhabituelles (Dardier, 2004). Cet ensemble repose sur une altération des diverses fonctions sous-tendant les relations sociales et l'expression des émotions, telles que l'empathie ou la théorie de l'esprit (Lenoir et al., 2007).

Les capacités perceptives et motrices atypiques donnent lieu à des difficultés caractéristiques du comportement avec des aspects paradoxaux, étranges et variables : anomalies perceptives (indifférence ou hypersensibilité, réactions paradoxales ou sélectives), utilisation détournée ou stéréotypée d'objets, troubles de l'alimentation, auto-stimulations, peur ou attachement pour des objets inhabituels, auto-mutilations, troubles du sommeil... Par ailleurs, les activités imaginaires et symboliques sont limitées, avec pas ou peu de jeu spontané ou de faire-semblant.

Les capacités cognitives sont plus ou moins altérées, mais la déficience intellectuelle est fréquemment associée (Lebovici et al., 1997). Dans tous les cas, le développement psychologique et cognitif est hétérogène et atypique, avec des décalages entre les différents domaines du développement.

Les troubles du langage s'inscrivent dans un contexte plus large de troubles de la communication verbale et non-verbale :

- Le **langage expressif** peut être absent ou présenter des particularités dans son développement (écholalie, inversion des pronoms), mais il peut aussi être préservé sur le plan formel
- La **compréhension** est souvent limitée, contextuelle et littérale (difficultés avec l'humour, l'ironie et les inférences)
- La **pragmatique** est le domaine le plus altéré (Anglada et al., 2015; Dardier, 2004; Le Duigou et al., 2010). On retrouve des **troubles de l'intentionnalité** (l'enfant peut parler seul, utiliser un langage plaqué, et les actes de langage produits sont souvent instrumentaux : demande, protestation), des **troubles de la régie de l'échange** (manque de pertinence par rapport au thème, persévérations et changements soudains de thème), des **troubles de l'adaptation** au contexte, des troubles de l'**informativité**, et des **troubles de la communication non-verbale** (troubles de l'attention conjointe, troubles de l'adaptation non-verbale, altération rythmique et prosodique, désynchronisation et aspontanéité gestuelle, difficultés de compréhension des gestes conventionnels).

De façon générale, les enfants autistes ne semblent "pas comprendre que le langage est un outil essentiel de communication, d'échange d'informations et d'influence. [...] Ils ont une façon de parler à la fois limitée et concrète qui se prête mal à l'échange soutenu et efficace d'informations et de sentiments typiques d'une conversation normale" (Anglada et al., 2015).

1.2.3.4. Hypothèse d'un rapprochement entre SSP et autisme

La proximité entre SSP et autisme a très vite été soulignée (Gagnon et al., 1997; Mazeau, 1999). On a alors envisagé le statut de ce syndrome de différentes façons : forme proche de l'autisme de haut niveau (Gérard, 1991, 2003), forme légère d'un TED (Shields et al., 1996 *cité par* Monfort et al., 2005 ; Lemay, 2004), ou diagnostic non exclusif qui peut se manifester ou non dans le cadre de l'autisme (Rapin, 1996; Rapin et al., 2003). Les difficultés pragmatiques rencontrées dans le

SSP ressemblent en effet plus aux patterns spécifiques des TED (Maillart, 2003) qu'à ceux des TSLO, et l'évolution est marquée par une réduction des symptômes langagiers et une persistance des troubles pragmatiques (Monfort et al., 2005). Les deux syndromes en viennent même à se confondre (Lemay, 2004), et Bishop (2000) considérera que l'on ne peut les distinguer de façon fiable dans l'état actuel des connaissances.

Pourtant, malgré certains traits similaires à l'autisme, le SSP est préservé de certains de ses aspects caractéristiques, et présente des signes distinctifs (Bishop & Rosenbloom, 1987) : dans le DSM-5, trouble de la communication sociale (pragmatique) et autisme sont même deux diagnostics différentiels, les critères de l'un excluant nécessairement l'autre (Anglada et al., 2015). On observe en fait une "parenté globale" et des "distinctions particulières" : les capacités pragmatiques sont altérées dans ces deux troubles, mais la pragmatique dans l'autisme se caractérise par une pauvreté, une réduction, et une stéréotypie, quand on note une prolixité et une incohérence dans le SSP (Beaud & De Guibert, 2009). Dans les deux cas, les difficultés sont à mettre en rapport avec une organisation spécifique de la pensée et de la personnalité qui rend poreuse la frontière avec les troubles pédopsychiatriques, notamment la dysharmonie psychotique. C'est pourquoi Beaud et De Guibert (2009) proposent une hypothèse inédite : le rapprochement entre SSP et dysharmonie psychotique.

1.2.4. Dysharmonie psychotique

1.2.4.1. Historique

Alors qu'à la suite de Freud, différents concepts psychodynamiques aux contours cliniques flous propres à chaque auteur cohabitent autour de la définition princeps de l'autisme (Marcelli & Cohen, 2012), l'unification des psychoses infantiles se fait autour d'un dénominateur commun : le "noyau psychotique". Les classifications internationales rejetant les approches psychanalytiques, le concept de psychose infantile sera écarté. Néanmoins, l'approche psychodynamique poursuit cette démarche en s'intéressant au développement psychique de l'enfant en interaction avec son environnement, aux processus psychiques et à leurs effets (Kipman, 2005), et donc à l'organisation de la personnalité, aux angoisses et aux mécanismes de défense utilisés pour les contenir (Jaguin, 2008). Elle cherche à comprendre le fonctionnement psychologique en envisageant de façon épigénétique

l'interaction entre les facteurs d'environnement et les facteurs neurobiologiques (Bursztein et al., 2011), sans préjuger de l'étiologie (Bon Saint Côme-Donnadieu, 2011). Par ailleurs, le terme "dysharmonie" apparaît avec les premières évaluations du fonctionnement mental par des tests (Bon Saint Côme-Donnadieu, 2011), dans lesquelles il décrit le décalage qui existe entre différentes fonctions, avec une répercussion sur le mode d'appréhension de la réalité et l'organisation de la personnalité (Ajuriaguerra, 1973; Lang, 1979). En 1988, Misès réunit les concepts de dysharmonie et de psychose pour "rassembler, tant d'un point de vue clinique que psychopathologique, des organisations désignées auparavant sous des terminologies variées" (Manin, 2009).

Le concept de dysharmonie psychotique n'est pas employé à l'étranger (Bon Saint Côme-Donnadieu, 2011), mais des descriptions cliniques proches existent (Bursztein & Jeammet, 2002). Ainsi, les critères diagnostiques de la dysharmonie psychotique sont compatibles avec ceux du Multiple and Complex Developmental Disorders (MCDD) américain (Cohen et al., 1986; Tordjman et al., 1997; Towbin et al., 1993). Lemay (2004) (pédopsychiatre français exerçant à Montréal) utilise le concept de dysharmonie psychotique, bien qu'il en change le nom en "autisme atypique avec envahissement par l'imaginaire": la dysharmonie psychotique a beaucoup de similitudes avec les autres formes de TED, l'évolution ne se fait pas vers les psychoses adultes et l'adaptation générale est satisfaisante, donc l'étiologie psychogénique lui semble "impossible à défendre" (Lemay, 2004, p. 220).

1.2.4.2. Définition

La dysharmonie psychotique est un trouble de l'organisation de la personnalité caractérisé par deux aspects (Lenoir et al., 2007; Manin, 2009) :

1. **une dysharmonie cognitive**: les résultats obtenus lors de l'évaluation du développement cognitif, mesuré à partir du QI, sont le plus souvent bas, dispersés et hétérogènes, avec un décalage entre les différents domaines de développement
2. **une dysharmonie de comportement et de pensée** avec un fonctionnement psychotique marqué par une rupture de contact avec la réalité.

1.2.4.3. Caractéristiques cliniques et langagières

La dysharmonie psychotique est un trouble dont l'expression est manifeste vers 3-4 ans, avec une symptomatologie variable d'un cas à l'autre et fluctuante au cours

de l'évolution d'un même enfant. Les manifestations sont somatiques ou comportementales, sans que le déficit intellectuel ne soit central (Misès, 2015), avec une instabilité, des inhibitions, des manifestations phobiques, hystériques ou obsessionnelles, des dysharmonies dans l'émergence du langage et de la psychomotricité.

Ce qui constitue le cœur de ce trouble est le "noyau psychotique", dont le fonctionnement altère de façon inégale les différents secteurs de développement (Bon Saint Côte-Donnadieu, 2011, p. 84). Les traits psychopathologiques qui caractérisent ces enfants sont (Bursztejn et al., 2011; Dessons, 2014) :

- une mauvaise organisation du sentiment de soi, avec difficulté de distinction entre le soi et le non-soi, le dedans et le dehors, ses propres limites et celles de l'autre, rendant la relation à l'autre adhésive
- une activité imaginaire et fantasmatique envahissante, avec une pensée débordée par des affects et des représentations crues qui infiltrent la réalité
- une mauvaise organisation du rapport à la réalité qui devient instable : l'enfant est en proie à la menace de rupture avec le réel
- des angoisses diverses et massives (de morcellement, d'engloutissement, de vidage...).

Malgré ces mécanismes psychotiques, l'enfant garde des capacités d'adaptation à la réalité et de contrôle des irruptions fantasmatiques qui le protègent des risques de désorganisation, le faisant apparaître comme psychotique "en secteurs" (Dessons, 2014, p. 115). Mais cela contraint l'enfant à utiliser des mécanismes de défense archaïques et des modes de fonctionnement qui impliquent des restrictions dans la relation à l'autre (clivage, déni, identification projective, omnipotence...). Cela l'empêche d'élaborer une bonne distance vis-à-vis de l'autre (sans refus actif de la communication toutefois) et des apprentissages, ce qui, ajouté aux troubles cognitifs, entrave ses capacités d'acquisition (Manin, 2009).

Concernant les caractéristiques langagières, on observe (Beaud & De Guibert, 2009; Lemay, 2004) :

- des **troubles du langage oral et de la communication non-verbale**. Le langage n'est pas tardif pour Beaud et De Guibert, mais Lemay note un retard de langage comblé vers 3 ou 4 ans
- l'**aspect formel du langage est correct**, mais l'**utilisation du langage est singulière**. Le langage est prolix, confus par des associations rapides et

singulières (assonances, jeux de mots, accolements d'idées), des néologismes, une prolifération de détails. Par ailleurs, le langage est marqué par l'évocation des angoisses de l'enfant avec des thèmes tels que la fragmentation ou le morcellement

- la **communication est plus insolite que difficile à obtenir**, le désir d'entrer en relation est maladroit et le maintien de cette relation est difficile car les intérêts et les préoccupations de l'enfant, étrangers à ceux de l'interlocuteur, envahissent la communication.

Les troubles du langage apparaissent lorsque les mécanismes de protection et de réassurance deviennent insuffisants, et que l'angoisse envahit l'enfant (Lemay, 2004). On assiste alors à un langage qui se déstructure par intermittence, dans sa cohérence (contenu) et sa structure (phrases) (Beaud & De Guibert, 2009), les mots se chevauchent ("tourbillon de mots") et le débit s'accélère (Lemay, 2004).

1.2.4.4. Hypothèse d'un rapprochement entre SSP et dysharmonie psychotique

Cette dernière hypothèse proposée par Beaud et De Guibert (2009) repose sur la ressemblance "frappante" (Danon-Boileau, 2011, p. 50) entre le discours des patients dans le cadre du SSP et dans celui de la dysharmonie psychotique (Lemay, 2004) par la prolixité et l'incohérence dans l'interaction et la relation. Pourtant, la dysharmonie psychotique a aussi des caractéristiques qui ne sont pas décrites dans le SSP, à savoir les angoisses de fragmentation ou le flou entre réel et imaginaire. La dysharmonie psychotique, malgré des bases théoriques différentes, partage donc les difficultés relationnelles avec l'autisme, et les troubles du langage avec la dysphasie. Les enfants étant en constante évolution, il n'est pas rare "qu'un enfant bénéficie de plusieurs diagnostics en fonction de son évolution dans le temps et des différents professionnels rencontrés" (Anglada et al., 2015, p. 6). Il existe aussi des profils intermédiaires entre les troubles, pour qui le diagnostic ne peut être clairement posé. Nous allons explorer le diagnostic différentiel entre autisme, dysphasie et dysharmonie psychotique.

1.3. Diagnostic différentiel

1.3.1. Autisme et dysphasie

Bishop (2000) envisage ces pathologies comme des variables dans un continuum tridimensionnel (structure du langage, usage social et intérêts). Dans ce

cadre, l'autisme serait caractérisé par une atteinte des trois dimensions, la dysphasie serait marquée par un déficit dans la structure du langage, et le SSP serait l'altération de d'usage social du langage.

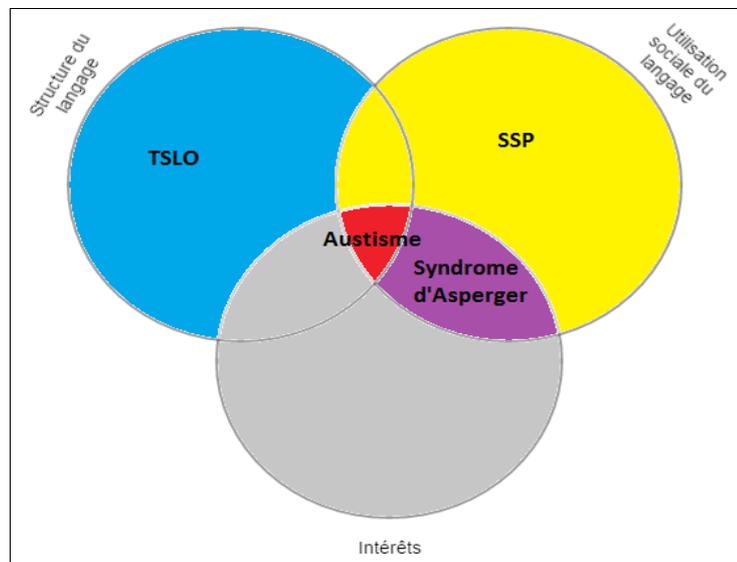


Figure 1 : D'après Bishop (2000, p. 110)

En effet, au-delà des troubles du langage oral en expression et parfois en compréhension qu'ils partagent (Lenoir et al., 2007), les TSLO peuvent avoir un retentissement sur l'ensemble des processus psychiques de l'enfant (Danon-Boileau, 2002), générant des symptômes sociaux, émotionnels et des comportements atypiques proches de ceux que l'on rencontre dans l'autisme, surtout quand l'enfant est jeune et que ses troubles réceptifs sont importants (World Health Organization & Marcelli, 2001). On peut retrouver une faible appétence pour la communication verbale, des troubles relationnels (Lemay, 2004), des troubles secondaires du comportement (Lenoir et al., 2007), un retard dans le développement social, une restriction des champs d'intérêts voire des écholalies (World Health Organization & Marcelli, 2001).

Pourtant, les enfants dysphasiques ont souvent des caractéristiques cliniques qui les distinguent des enfants autistes : normalité des interactions sociales, recherche de l'autre pour être consolé, appétence à la communication, utilisation des gestes et des mimiques pour communiquer, troubles mineurs de la communication non verbale et accès au jeu de faire-semblant (Lenoir et al., 2007; World Health Organization & Marcelli, 2001).

1.3.2. Autisme et dysharmonie psychotique

Il existe des différences cliniques entre l'autisme et la dysharmonie psychotique (Misès et al., 2010), notamment dans le fonctionnement du sujet (Andrieu et al., 2012). Alors que l'autisme est marqué par un trouble de l'intégration des stimuli, provoquant une recherche d'isolement et d'immuabilité, la dysharmonie psychotique est marquée par un trouble de la modulation, ne permettant pas de regrouper les afflux sensoriels et émotifs dans une globalité cohérente, et générant une confusion et une fragmentation (De Guibert & Beaud, 2005; Lemay, 2004). Il existe aussi une différence d'"intensité" dans les troubles : les dysharmonies psychotiques sont plus tardives, de meilleur pronostic (Hochmann, 2010), la rupture avec la réalité est moins importante (Dessons, 2014), et on ne rencontre pas de retrait et d'enfermement massifs tels que dans l'autisme (Manin, 2009).

Pourtant, ces deux pathologies se recouvrent partiellement selon les bases théoriques choisies. Au sein du courant psychanalytique, dysharmonie psychotique et autisme sont considérés comme des pathologies mentales résultant d'un processus psychotique (Dessons, 2014). Dans cette optique, les mécanismes sous-jacents sont par exemple l'échec des processus d'accès à l'intersubjectivité ou la non-différentiation empêchant la reconnaissance de l'existence de l'autre. En revanche, dans les classifications internationales (DSM-IV-TR et CIM-10) et dans les courants neurocognitivistes, la dysharmonie psychotique et l'autisme sont des formes de TED. Les mécanismes explicatifs sont alors des déficits de traitement de l'information ou de la théorie de l'esprit par exemple. Il y a donc des oppositions théoriques et terminologiques entre les différents chercheurs : "les neurocognitivistes parlent en termes de carence ou de déviance de l'équipement instrumental [...], les psychanalystes parlent en termes de défense." (Danon-Boileau, 2002, p. 245). Pour Lemay (2004), les travaux sur la psychose et la dysharmonie psychotique ne sont réalisés que par des psychanalystes, car les autres théories sont réticentes à explorer la psychodynamique. Alors que certains neurocognitivistes refusent ces recherches "au nom de l'objectivité scientifique" (Lemay, 2004, p. 220), les psychanalystes considèrent que l'approche cognitive est "une attitude strictement rééducative" (Danon-Boileau, 2011, p. 7) qui réduit le trouble "à une description symptomatique et comportementale, observable et quantifiable" (Dessons, 2014, p. 95), et ignore "la construction interactive du développement de l'être humain" (Marcelli & Cohen, 2012, p. 316). Pour eux, l'approche psychopathologique permet

de considérer les fonctionnements psychotiques non pas comme des états fixes et irréversibles, mais comme le résultat d'un processus qui peut être modifié grâce à des interventions thérapeutiques adaptées (Dessons, 2014).

Néanmoins, on constate cliniquement que la symptomatologie de la dysharmonie psychotique et de l'autisme fait apparaître dans les deux cas des altérations de la communication non-verbale et des troubles pragmatiques. Malgré les oppositions, les syncrétismes sont nombreux dans la pratique et "l'expérience du terrain permet souvent à ceux qui se trouvent confrontés aux réalités de la clinique quotidienne de trouver un langage commun" (Danon-Boileau, 2011, p. 7). En effet, il existe des convergences entre les conceptions cognitivistes et psychanalytiques malgré les différences terminologiques : la défaillance en théorie de l'esprit rejoint la non-différenciation entre le soi et le non-soi, la difficulté de synthèse rejoint le démantèlement et la fragmentation psychique, la pensée concrète et littérale rejoint la défaillance de la symbolisation entraînant adhésivité et collage (Dessons, 2014).

1.3.3. Dysphasie et dysharmonie psychotique

Certains auteurs parlent d'un continuum clinique entre les TSLO et les troubles pédopsychiatriques, avec un passage progressif du registre des troubles du langage "purs", vers le domaine des troubles de la communication ou de la personnalité (Danon-Boileau, 2011, p. 7). Par ailleurs, les TSLO peuvent entraver la construction psychique de l'enfant, et causer des troubles pédopsychiatriques nécessitant une psychothérapie (Thibault, 2011) : lorsque l'on étudie le fonctionnement psychique d'enfants dysphasiques, on constate que les TSLO sont "transnosographiques dans la psychopathologie", avec un panel large allant de la névrose à la psychose (Taly, 2014).

Établir précisément le diagnostic d'un enfant est donc une démarche complexe qui peut s'avérer difficile quand son profil se situe dans les zones de recouvrement entre chaque entité, d'autant plus que le diagnostic doit répondre à deux impératifs : être précis, pour permettre une prise en charge adaptée, mais aussi souple, pour ne pas enfermer l'enfant dans un diagnostic qui viendrait à terme entrer en contradiction avec son évolution. Les différents diagnostics que nous avons évoqués semblent se différencier par un "style" de communication propre à chaque pathologie. Nous allons donc nous intéresser à un domaine qui permet d'analyser ce type de variable : la pragmatique.

2. La pragmatique

2.1. Définition

Le mot « pragmatique » vient du grec *pragmatikos* "qui concerne l'action". La pragmatique est l'étude de l'usage du langage en contexte (Bates, 1976; Dardier, 2004; Trognon, 1992), et concerne tous les phénomènes linguistiques, cognitifs, culturels et sociaux intervenant dans l'interprétation des énoncés, qui ne sont pas pris en charge par la syntaxe ou la sémantique (Bracops, 2010; Hupet et al., 2006).

2.2. Historique

La pragmatique ne renvoie pas à une théorie unique, mais constitue un domaine de recherches traversant plusieurs disciplines (Jaguin, 2008) : philosophie, sociologie, anthropologie, intelligence artificielle, linguistique, psychologie, psychiatrie... Nous nous intéresserons ici aux aspects linguistiques qui nous concernent en orthophonie.

2.2.1. La pragmatique, chaînon manquant de l'interprétation des messages

Alors que Saussure (2005) considère que la langue peut être étudiée séparément de la parole, en excluant le sujet parlant de l'analyse (Duchêne, 2005), Pierce (1867), Martinet (2015), Benveniste (2006) et Morris (1975) notent que la langue n'est pas faite de signes déconnectés de la réalité de leur usage. Pour analyser le message de façon adéquate, il faut prendre en compte le sujet parlant, le contexte, et la relation entre les signes et les interprètes. Cette pragmatique ne revêt pas encore la dimension d'une réelle discipline : elle se développe car certains aspects ne sont pas pris en compte par la linguistique classique (Bracops, 2010).

2.2.2. Le langage remplit différentes fonctions communicationnelles

Le langage n'est alors plus envisagé comme un simple système de signes mais comme remplissant une fonction au sein de la communication (Dardier, 2004). Les classifications d'Halliday (1973) ou de Jakobson (2003) rendent compte des différentes fonctions du langage. Un tableau reprenant et mettant en lien ces fonctions est disponible en annexe 5.

2.2.3. Le langage est un moyen d'agir sur le monde

Austin (1962) s'est intéressé à la "philosophie du langage ordinaire" (Bracops, 2010). Il constate que le langage est toujours un moyen d'agir : les énoncés ont une valeur performative, c'est la **théorie des actes de langage**. Il définit 3 aspects des actes réalisables par le langage :

- **acte locutionnaire**: le fait de prononcer une phrase
- **acte illocutionnaire**: l'acte social accompli en prononçant cette phrase
- **acte perlocutionnaire**: l'acte consistant en la production d'effets sur l'auditoire.

2.2.4. Des règles extrinsèques au langage pour accéder à la valeur illocutionnaire

Pour Searle (1969, 1979), le locuteur a deux intentions : poser un acte illocutionnaire, et faire reconnaître cette intention pour réussir l'acte de langage, grâce à un système de règles conventionnelles. Pourtant, certains actes de langage (métaphore, discours de fiction, mensonge) ne peuvent être expliqués par des règles conventionnelles langagières : il existe donc d'autres règles normatives d'ordre social (les règles de politesse par exemple). Ainsi, pour passer du sens littéral à la valeur illocutionnaire du message, l'interlocuteur doit interpréter le sens littéral du message, décider que cette interprétation n'est pas adéquate au contexte, et réaliser une réinterprétation compatible avec le contexte en fonction de règles extrinsèques au langage (Bernicot, 1992).

2.2.5. Des manipulations cognitives nécessaires à l'implication

Grice (1975, 1989) distingue ce qui relève de la phrase, étudié par la linguistique, et ce qui relève de l'énoncé, étudié par la pragmatique. Pour comprendre correctement un énoncé, l'interlocuteur doit comprendre le sens littéral, et interpréter le contenu implicite (**implication**). Pour cela, chacun des interlocuteurs doit contribuer à la conversation de façon rationnelle et coopérative (**principe de coopération**). Grice ajoute 4 maximes conversationnelles à ce principe : chaque intervenant doit donner autant d'informations que nécessaire (**maxime de quantité**), répondre aux conditions de véridicité et de bien-fondé (**maxime de qualité**), être pertinent et parler à propos (**maxime de relation ou de pertinence**), s'exprimer clairement, sans obscurité ni ambiguïté, avec concision et en respectant l'ordre propice à la compréhension (**maxime de manière ou de**

modalité). C'est à partir de ces principes et de l'intention des interlocuteurs au moment de la communication (**état mental**) que les interlocuteurs sont capables d'élaborer un raisonnement déductif (**inférence**) (Bracops, 2010). Grice met donc en lumière l'importance des manipulations cognitives du sujet, et oriente l'étude du langage vers les sciences cognitives.

2.2.6. Pragmatique cognitive et pragmatique intégrée

Dans les années 1980-1990, la pragmatique se sépare en deux courants : la pragmatique intégrée, discipline appartenant à la linguistique, et la pragmatique cognitive qui cherche à exister en tant que science à part entière.

2.2.6.1. Approche intégrée : la pragmatique, mécanisme linguistique d'accès au sens non-littéral

Pour Ducrot et Anscombe (1983), la langue ne décrit pas objectivement le réel, mais exprime les rapports établis entre les interlocuteurs. La pragmatique est le mécanisme permettant de comprendre les raisons de l'énonciation. Développant un concept de Searle (1969, 1979), l'interprétation de l'acte réalisé par le locuteur relève d'abord d'un mécanisme linguistique, avec l'attribution des valeurs référentielles (mise en lien avec le référent extra-linguistique) qui permet d'aboutir au sens littéral. Puis le mécanisme pragmatique consiste en une combinaison entre ce sens littéral et les circonstances de l'énonciation, à partir des lois du discours, proches des maximes de Grice (1975, 1989), pour aboutir au sens non-littéral de l'énoncé. La pragmatique intégrée apporte des innovations en linguistique, mais elle réduit les développements possibles de cette discipline (Bracops, 2010).

2.2.6.2. Orientation cognitiviste : la pragmatique, mécanisme cognitif d'interprétation des énoncés

A l'inverse, le modèle de Sperber et Wilson (1986) ouvre les perspectives de la pragmatique vers les sciences humaines et cognitives au sens large. Ils définissent le **principe de pertinence** (le destinataire attend du locuteur que son acte soit pertinent), qui dirige l'**effort cognitif** du destinataire pour bénéficier de l'**effet cognitif** de l'acte de communication. On cherche toujours le meilleur rendement : "moins un énoncé demande d'efforts [...], plus cet énoncé est pertinent; plus un énoncé fournit d'effets, plus il est pertinent" (Bracops, 2010, p. 111).

Ils explorent les mécanismes cognitifs par lesquels l'esprit humain interprète les intentions communicatives et les énoncés, en anticipant les états mentaux et les

intentions d'autrui. Tout d'abord, les processus linguistiques, périphériques, s'attachent au code langagier et permettent d'aboutir à la forme logique de l'énoncé. Ensuite, les processus pragmatiques, centraux, s'attachent aux inférences et aux déductions. Ils permettent d'aboutir d'une part aux **explicitations** (désambiguïsation lexicale (polysémie), syntaxique (ambiguïté syntaxique) et référentielle (attribuer les référents adéquats), attribution d'états mentaux et d'intentions au locuteur), et d'autre part aux processus d'**implication**, qui sont "l'ensemble des hypothèses qu'il est nécessaire de poser pour obtenir de l'énoncé une interprétation cohérente et pertinente" (Bracops, 2010, p. 122). Pour cela, l'interlocuteur utilise ses connaissances encyclopédiques, le savoir partagé général, la situation de communication et l'interprétation des énoncés précédents : c'est l'**environnement cognitif**. Plus l'environnement cognitif des interlocuteurs est proche, plus la communication est aisée, c'est le **principe de manifesteté mutuelle**. Une fois les explicitations et les implications réalisées, il ne reste plus qu'à passer des prémisses à la conclusion: ce sont les **processus inférentiels**. Cette théorie de la pertinence est un modèle dans lequel les procédures de récupération du sens s'apparentent à un calcul et font appel à des ressources cognitives multiplexes (Duchêne, 2005). La pragmatique ne relève donc pas d'une compétence strictement linguistique : la communication langagière et non langagière relèvent de processus cognitifs généraux, non spécifiques et universels.

La pragmatique est le fruit d'une histoire dans laquelle on accepte progressivement le "risque de la subjectivité et celui de la relation" (Duchêne, 2005, p. 10), et on s'intéresse au véritable enjeu de la communication, au-delà de la transmission d'informations : la relation interindividuelle. Nous allons nous intéresser au développement de cette compétence chez le sujet normal.

2.3. Développement de la compétence pragmatique

2.3.1. Définition

La compétence pragmatique "désigne la capacité d'un individu à effectuer des choix contextuellement appropriés de contenu (de quoi il parle), de forme (comment il en parle) et de fonction (pourquoi il en parle)" (Hupet et al., 2006, p. 91).

2.3.2. Des compétences innées

Le nouveau-né a des capacités langagières, cognitives et sociales innées, grâce à des comportements adaptatifs présents dès la naissance (Wallon & Jalley,

2012 cités par Dardier, 2004). L'enfant vient au monde avec des capacités sensorielles marquées par une préférence pour autrui, ses figures d'attachement en particulier (Bowlby, 1958). Les conduites imitatives présentes dès les premiers jours de vie favorisent le développement de la communication par une forme d'harmonisation affective profonde avec l'autre (Tomasello et al., 2005 cités par Trognon & Sorsana, 2005). Enfin, les possibilités précoces de traitement intermodal favorisent la multicanalité de la communication.

2.3.3. Les interactions précoces : la pragmatique, moteur du développement du langage

Le langage, outil essentiel de développement de l'intelligence, se construit en va-et-vient entre l'adulte et l'enfant, par le biais des compétences pragmatiques. Le langage s'acquiert dans le contexte de dialogue d'action au sein des formats interactifs routiniers (repas, toilette, coucher...) dans lequel les partenaires peuvent interpréter et anticiper les intentions communicatives de l'autre (Bruner, 1983, 1984, 2012; Bruner & Deleau, 2011). Lors du développement interpsychologique, l'adulte interprète et donne du sens aux signaux non intentionnels de l'enfant, élaborant un code commun avec lui : ce dernier comprend progressivement le lien entre les signaux qu'il produit et les réactions de l'environnement. Lors du développement intrapsychologique, l'enfant a acquis des repères stables et organisé sa compréhension, il devient acteur de la communication et utilise les signaux de façon intentionnelle et autonome. À la jonction entre le développement inter et intrapsychologique, se situe la zone proximale de développement (zone d'appropriation des connaissances transmises par l'adulte) (Vygotski, 1997; Vygotski et al., 2014). C'est donc grâce aux interactions précoces, communication affective riche de sens car accompagnée d'émotion, que l'enfant construit ses compétences pragmatiques (Thibault, 2011) et développe son langage.

2.3.4. Le développement des précurseurs des compétences pragmatiques

Les interactions précoces constituent les premiers actes de langage (Bates, 1976; Deleau, 1993; Dore, 1979; Guidetti, 1998, 2003 cités par Dardier, 2004), et permettent l'acquisition des principales fonctions de communication (Halliday, 1973 cité par Monfort et al., 2005). C'est au sein de ces "proto-conversations" (Snow, 1977) que s'élaborent les règles du dialogue verbal (établissement du tour de rôle,

du contact oculaire et de l'attention conjointe) (Monfort et al., 2005). Ce partage d'attention favorise le développement des pointages proto-déclaratif et proto-impératif, qui permettent à l'enfant de partager ses états mentaux avec autrui avant les premiers mots. Le jeu symbolique, permettant à l'enfant d'expérimenter différents rôles, développe sa conception des états mentaux de l'autre. L'enfant se met à la place de l'autre en se basant sur ses actions, et anticipe ses conduites en lui attribuant des intentions.

2.3.5. Intersubjectivité et théorie de l'esprit

Les recherches les plus récentes mettent en lumière deux mécanismes liés qui jouent certainement un grand rôle dans l'élaboration des compétences pragmatiques. Le premier est l'**intersubjectivité**, notre capacité à se mettre à la place de l'autre (Monfort et al., 2005). Par une double différenciation intra-psychique (prise de conscience de soi) et extra-psychique (compréhension que soi et l'autre ne sont pas confondus), l'intersubjectivité permet de reconnaître que l'autre est un être à part entière qui se vit lui-même comme sujet, de comprendre qu'il existe un écart entre soi et l'autre, chacun ayant des intentions et des désirs différents (Coquet & Roch, 2013). L'autre mécanisme, la **théorie de l'esprit**, est la capacité d'attribuer des états mentaux aux autres (Coquet & Roch, 2013). En effet, un mode de communication adapté ne peut s'établir que lorsque l'on conçoit que l'autre a des états mentaux différents des siens, et que l'on est capable de faire des hypothèses sur ces états mentaux afin d'adapter notre comportement (Gerin, 2013).

2.3.6. Le stade verbal

Une fois ces compétences sociales mises en place, les mécanismes plus élaborés de la pragmatique se développent plus lentement, liés au développement cognitif et langagier. Ainsi, les compétences discursives et méta-pragmatiques n'apparaissent qu'à partir de 10 ans (Monfort et al., 2005). Les capacités de maîtrise du discours vont se développer pour passer d'un langage situationnel à un langage d'évocation grâce aux capacités référentielles grandissantes de l'enfant (Jaguin, 2008). Les compétences conversationnelles vont s'enrichir par une meilleure maîtrise des aspects formels du langage, l'élargissement des connaissances et des intérêts de l'enfant, et une meilleure verbalisation de son monde intérieur (Garitte, 1998).

2.3.7. Un développement qui s'étend tout au long de la vie

La pragmatique se développe par l'interaction entre les compétences sensorielles, l'étayage de l'adulte, la maturation du cerveau (Dardier, 2004), et le développement social et affectif de l'enfant (Coquet & Roch, 2013). Les compétences pragmatiques se basent donc sur deux types de facteurs : des facteurs endogènes (facteurs cognitifs permettant à l'enfant de se représenter les situations d'interaction et de construire ses connaissances de l'usage du langage), et des facteurs exogènes (rôle de l'entourage) (Hupet et al., 2006). L'enrichissement et la diversification des habiletés pragmatiques sont donc liés à la qualité et à l'intensité des stimulations sociales, et dépendants de facteurs culturels et sociaux (Monfort et al., 2005). Mettre le développement pragmatique d'un enfant en lien avec le développement normal, pour en détecter le caractère potentiellement pathologique, constitue l'évaluation des compétences pragmatiques en orthophonie.

2.4. Évaluation des compétences pragmatiques

Cette évaluation s'effectue sur les versants de production et de réception, et envisage le caractère réciproque des troubles pragmatiques (Monfort et al., 2005), par un recueil des données qui comprend l'ensemble des participants (Weck, 2005). On évalue les 4 axes de la pragmatique, ainsi que la communication non-verbale.

2.4.1. Les 4 axes de la pragmatique (Coquet, 2005)

L'**intentionnalité** de la communication est définie par son unité de base, l'acte de langage, qui est l'acte social posé intentionnellement par le locuteur lors de la production d'un énoncé. Cela correspond à la notion d'utilisation du langage : "pour quoi dire ?" (Bloom & Lahey, 1978 cités par Coquet, 2005). On doit donc repérer les différentes fonctions du langage utilisées par l'enfant (voir annexe 5).

La **régie de l'échange** concerne l'établissement du contact, l'organisation des tours de parole, la topicalisation (choix du thème) de la conversation, les routines conversationnelles ou encore la prise en compte du feed-back de l'interlocuteur.

La communication s'intègre dans un contexte particulier qui influence nécessairement l'échange (Gerin, 2013). Cela implique l'**adaptation** des interlocuteurs à la situation de communication, au contexte, à l'interlocuteur, à la communication non-verbale et aux messages produits lors des tours de parole précédents.

L'**informativité**, par les stratégies d'organisation de l'information, permet à la transmission d'informations d'être fonctionnelle. Cela demande la coopération entre les interlocuteurs, la cohérence du discours et sa cohésion. Un tableau reprenant les signes cliniques à repérer sur chaque axe est disponible en annexe 6.

2.4.2. La communication non-verbale

La communication non-verbale module le discours verbal, le renforce, le nuance, et peut le trahir. C'est l'ensemble des moyens de communication n'entrant pas dans le langage verbal ou dans ses dérivés non-sonores (langage écrit, langue des signes) : gestes, regards, mimiques, postures, orientations du corps, distance entre les individus (proxémie) transmettent aussi des informations (Corraze, 2001; Gerin, 2013).

2.4.3. Types d'outils

Pour évaluer la pragmatique, on doit allier deux approches qui semblent contradictoires : standardiser les épreuves et contrôler les principales variables afin d'obtenir un recueil méthodologiquement rigoureux, mais aussi préserver au maximum le naturel des interactions (Hupet et al., 2006). Il existe donc des **outils qualitatifs** (grilles d'observations, inventaires pragmatiques, questionnaires), d'autant plus représentatifs qu'ils sont remplis par plusieurs personnes connaissant l'enfant, pour compenser la subjectivité de chaque évaluateur. Ils présentent l'avantage d'utiliser des situations quotidiennes non induites, d'être faciles et rapides à appliquer, mais ils comportent une imprécision dans les items (Monfort et al., 2005). Il existe aussi des **outils quantitatifs** (épreuves standardisées, logiciels avec des histoires en image, analyse de corpus), qui, par leurs procédures formelles et décontextualisées, souffrent du caractère subjectif de l'évaluation du fonctionnement pragmatique, intrinsèquement dépendant du contexte (Hupet et al., 2006). Une liste reprenant un certain nombre de tests existants est disponible en annexe 7.

2.4.4. Notion de norme

Il existe peu de normes concernant le développement de la pragmatique (Coquet & Roch, 2013; Hupet et al., 2006) puisqu'elle est fortement liée au développement cognitif, émotionnel et social. Certains auteurs ont développé des repères développementaux qui ne sont pas normatifs en raison de grandes différences interindividuelles (Dardier, 2004). Nous fournissons en annexe 8 les repères développementaux d'Adams (2002), et de Coquet (2005). Par l'évaluation,

on a une vision de plus en plus précise des mécanismes pragmatiques, ce qui permet de mieux envisager les conditions pathologiques dans lesquelles le développement ne suit pas la trajectoire attendue.

2.5. Pragmatique et pathologie

2.5.1. Troubles pragmatiques primaires

On peut distinguer les troubles pragmatiques primaires et secondaires. Les premiers sont ceux pour lesquels "les difficultés pragmatiques sont majeures et constituent la cause principale des échecs et des erreurs d'utilisation du langage" (Monfort et al., 2005, p. 24). Ils auraient une origine cognitive (Perkins, 2007 *cité par* Lacuisse, 2012) avec une difficulté à construire des représentations précises des besoins de l'interlocuteur (Weck, 2005). Dans ce groupe, se situent le SSP, l'autisme et les TED en général, pour lesquels les difficultés pragmatiques infiltrent le contenu des interactions, les émotions et les intentions qui gouvernent le rapport à l'autre (Monfort et al., 2005).

2.5.2. Troubles pragmatiques secondaires

Ici, les difficultés pragmatiques sont la conséquence d'un autre trouble. On retrouve les enfants sourds et déficients intellectuels, et les TSLO, pour lesquels les troubles pragmatiques sont la conséquence des difficultés langagières (Bishop, 2000). Mais ces troubles existent aussi chez les adultes souffrant de démence (Garcia et al., 2001) ou de trouble psychiatrique : paranoïa (Bertoni, 1992), schizophrénie (Le Bar & Mahouet, 2011; Trognon, 1985, 1992; Trognon & Musiol, 1996, 2000), bipolarité (Galiano, 2008). Des recherches émergent en psychopathologie de l'enfant dans le cadre de psychoses infantiles (Guidetti, et al., 2004; Witko, 2005). Cette démarche, qui ouvre de nouvelles perspectives dans l'étude des troubles mentaux, n'a pas d'objectif étiologique, mais cherche à décrire les processus cognitifs en jeu, afin de caractériser la pathologie de façon fonctionnelle en vue d'un diagnostic le plus précoce possible (Trognon, 1992). La distinction précoce entre les troubles primaires et secondaires est essentielle, car "si les symptômes peuvent se ressembler au début, leur genèse et leur évolution différent complètement" (Monfort, 2005, p. 24).

2.5.3. Symptomatologie

Monfort et al. (2005) dressent une large revue des symptômes des troubles pragmatiques. Sur le versant de la compréhension, ils distinguent les troubles en relation avec la compréhension du langage et les troubles de communication et d'interaction sociale. Sur le versant expressif, ils évoquent les troubles de l'expression orale, et les troubles des comportements sociaux et ludiques. Ce répertoire des symptômes est disponible en annexe 9. La pragmatique a donc permis d'avancer dans la compréhension du développement normal et de la pathologie, et d'offrir de nouvelles pistes pour l'évaluation des troubles de la communication et du développement (Dardier, 2004, p. 8-9).

3. Problématique, buts, hypothèses

Nous avons donc exploré les différentes terminologies utilisées, envisageant les classifications et les bases théoriques auxquelles elles font référence. On a pu constater que les TED, TSLO et troubles pédopsychiatriques, bien que théoriquement distincts, sont parfois cliniquement proches, ce qui rend le diagnostic différentiel difficile. L'hypothèse de Beaud et De Guibert (2009), qui propose un rapprochement entre une forme de dysphasie (le SSP) et un trouble pédopsychiatrique (la dysharmonie psychotique), illustre cette difficulté. Pourtant, le "style" de communication développé par le patient semble différencier ces situations. La pragmatique pourrait donc apporter des informations utiles au diagnostic différentiel. L'orthophoniste, ayant la compétence d'évaluer la pragmatique, pourrait avoir un rôle à jouer dans la distinction entre ces différentes pathologies.

3.1. Problématique

Éprouvant l'hypothèse d'un rapprochement entre dysharmonie psychotique et SSP (Beaud & De Guibert, 2009), dans quelle mesure l'élaboration du profil pragmatique du patient lors du bilan orthophonique peut-elle permettre d'effectuer le diagnostic différentiel entre TSLO, autisme, dysharmonie psychotique et SSP ?

3.2. Buts

Dans ce travail, nous souhaitons évaluer les compétences pragmatiques d'enfants ayant le diagnostic d'autisme, de TSLO, de SSP et de dysharmonie psychotique afin de dresser leur profil pragmatique. Nous voulons étudier si un profil

pragmatique spécifique à chaque pathologie se dégage et savoir si ce profil permettrait de faire le diagnostic différentiel entre ces pathologies. Nous espérons aussi vérifier l'hypothèse de Beaud et De Guibert (2009). Enfin, nous souhaitons mieux connaître les méthodologies d'évaluation de la pragmatique, expérimenter son intérêt clinique, et éprouver les difficultés inhérentes à une telle évaluation.

3.3. Hypothèses

- Hypothèse 1 : les compétences pragmatiques des patients diagnostiqués SSP et dysharmoniques psychotiques sont proches
- Hypothèse 2 : le profil pragmatique des patients diagnostiqués SSP et dysharmoniques psychotiques correspond à la description clinique du SSP issue de la littérature sur le sujet
- Hypothèse 3 : les compétences pragmatiques des patients autistes, dysphasiques et dysharmoniques psychotiques sont différentes
- Hypothèse 4 : un profil pragmatique spécifique à chaque pathologie peut être dégagé en vue du diagnostic différentiel.

Sujets, matériel et méthode

Nous allons présenter ici le protocole de recherche que nous avons mis en place pour réaliser cette étude. Nous avons anonymisé l'ensemble des données.

1. Rencontres avec les professionnels

Notre travail a commencé par des prises de contact avec les professionnels. Nous avons dans un premier temps rencontré Mr De Guibert, co-auteur de l'article sur lequel nous basons nos hypothèses, afin de comprendre son questionnement théorique et clinique, et de vérifier la pertinence de l'étude envisagée. Nous avons par la suite rencontré 3 pédopsychiatres qui nous ont permis d'enrichir notre compréhension de la problématique envisagée, des pathologies concernées, d'évaluer la pertinence de notre protocole et de vérifier la faisabilité de notre étude.

2. Structures sélectionnées pour l'étude

Afin de mettre en place notre protocole, nous avons choisi trois établissements de la région Nord-Pas-De-Calais dédiées à la prise en charge de chaque type de patients que nous recherchions. Nous nous sommes tournée vers :

- un hôpital de jour qui accueille une journée par semaine des enfants de 6 à 11 ans avec un TED, dans le cadre d'un fonctionnement de type CATTP
- un institut spécialisé accueillant des enfants de 3 à 18 ans qui présentent des troubles spécifiques des apprentissages (notamment des troubles spécifiques du langage oral) ou une épilepsie
- un Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique (ITEP) qui prend en charge des enfants de 3 à 18 ans avec des troubles de la personnalité, du caractère et du comportement (avec ou sans déficience intellectuelle) s'inscrivant dans le cadre de dysharmonies évolutives, de névroses graves ou d'états psychotiques.

3. Choix des sujets a priori

3.1. Critères d'inclusion

3.1.1. Critère d'âge

Nous avons choisi, en concertation avec les équipes, des patients ayant au moins 8 ans afin qu'ils aient un niveau de langage oral suffisant pour répondre aux épreuves proposées, malgré leur handicap.

3.1.2. Critère de diagnostic

Les patients ont été choisis en accord avec le médecin de chaque service. A l'hôpital de jour, le médecin et l'équipe ont sélectionné des patients ayant reçu le diagnostic d'autisme typique. Le médecin responsable de l'ITEP a sélectionné à notre demande les patients qui relèvent du diagnostic de dysharmonie psychotique selon les critères de la CFTMEA, bien que cela ne soit pas inscrit dans leur dossier dans lequel le diagnostic est exprimé selon les termes de la CIM-10. Enfin, à l'institut spécialisé dans les troubles spécifiques des apprentissages, le médecin et l'équipe nous ont présenté d'une part des patients souffrant de TSLO avec des troubles pragmatiques, et d'autre part des patients avec une dysphasie sémantique-pragmatique.

3.2. Critère d'exclusion

Deux patients (un dans le groupe dysphasie sémantique-pragmatique et un dans le groupe TSLO) ont été exclus de l'étude car l'épilepsie pouvait être à l'origine de leurs troubles.

4. Protocole

Afin d'établir un profil des compétences pragmatiques pour chaque patient, nous avons choisi de cumuler deux approches complémentaires. Une première étape consistait en une rencontre avec le patient, de la durée d'une séance d'orthophonie en structure (45 minutes) pour lui proposer des épreuves d'évaluation de la pragmatique. Afin de répondre aux exigences de standardisation mais aussi de préserver le naturel de l'interaction, nous avons choisi d'effectuer une première partie de la séance selon le déroulé des épreuves standardisées choisies, puis de proposer à l'enfant une situation de jeu libre, seul d'abord puis en jeu partagé avec l'évaluateur. Pour sécuriser les enfants, nous avons réalisé un planning de la séance sur lequel l'enfant peut barrer chaque séquence effectuée pour constater visuellement l'avancée de la rencontre (disponible en annexe 10).

La deuxième étape nécessitait la participation des orthophonistes, des parents et des éducateurs des patients rencontrés pour qu'ils remplissent une grille d'évaluation des compétences pragmatiques, afin de prendre en compte leur point de vue sur les compétences pragmatiques de l'enfant et de compléter ainsi notre

analyse. L'ensemble des courriers adressés aux familles est disponible en annexe 11.

5. Épreuves

Parmi tous les tests disponibles, nous avons choisi les épreuves en tenant compte des difficultés langagières des patients, afin d'éviter l'effet plancher et l'effet plafond : les tests ne devaient pas être trop infantilisants, ni faire appel à des compétences en langage oral trop élaborées. Les épreuves qui ne disposent pas de traduction en français, n'évaluent qu'un domaine très restreint de la pragmatique, ou qui ont une durée de passation trop longue pour notre étude ont été écartées. Nous souhaitons disposer d'épreuves chiffrées afin de pouvoir comparer les groupes entre eux, et étalonnées sur des enfants tout-venant pour pouvoir faire référence à la norme. Parmi tous les tests disponibles, nous avons donc sélectionné les épreuves suivantes pour construire notre protocole de recherche.

5.1. Entretien d'accueil d'EVALO 2-6

Afin d'introduire la séance de façon standardisée, nous avons choisi d'utiliser l'entretien d'accueil de l'EVALO 2-6 (F. Coquet, P. Ferrand et J. Roustit, 2008, Ortho-Éditions). Cette épreuve permet d'observer comment l'enfant s'inscrit dans l'échange conversationnel et utilise les routines communicationnelles, notamment de salutation. Elle est constituée d'un court entretien mené en début de séance, dans lequel les inductions du testeur sont fixées. La cotation se fait en fonction de l'adéquation ou non de la réponse au contexte, de la modalité de la réponse (verbale ou non-verbale) et du niveau de structuration morphosyntaxique de la réponse verbale (un mot, élaboration minimale de 2 ou 3 mots, phrase construite de plus de 3 mots).

5.2. Test des habiletés pragmatiques de Shulman

Le Test of Pragmatic Skills a été élaboré par Shulman (1986). Bien qu'il existe une version destinée aux enfants de 8 à 12 ans (Coulonnier, 2014; Tognet, 2014), les items ont été jugés trop complexes par les équipes des structures dans lesquelles nous allons intervenir. C'est pourquoi nous avons utilisé la version de Marc et Francpourmoi (1996) (adaptée de la traduction québécoise de Monpetit, 1993), disponible dans leur mémoire d'orthophonie visant à l'étalonner sur une population de 3 à 8 ans. Ce protocole permet d'évaluer les intentions communicatives des patients dans des contextes de communication standardisés, dans lesquels les

inductions du testeur sont préétablies. Quatre situations sont proposées : deux situations de discussion fictive (des marionnettes qui discutent de leur émission préférée et une conversation fictive au téléphone), et deux situations de discussion réelle (une conversation autour de la copie de formes géométriques et une discussion autour d'un jeu de construction avec des cubes). Les productions de l'enfant sont analysées selon l'adéquation ou non de la réponse au contexte, de la modalité de la réponse (verbale ou non-verbale) et du niveau de structuration morphosyntaxique de la réponse verbale (holophrastique, élaboration minimale de 2-3 mots, phrase élaborée de plus de 3 mots). Par ailleurs, à chaque réponse de l'enfant, la fonction du langage utilisée peut être identifiée, bien que cela n'entre pas dans la cotation. L'étalonnage établi par Marc et Francpourmoi (1996) prend en compte la catégorie socio-professionnelle des parents (profession ouvrière ou salariée non ouvrière, ou profession libérale ou cadre).

5.3. Tâche pragmatique 3 ("sur le banc") d'EVALO 2-6

Cette tâche a été choisie pour évaluer plus précisément les capacités d'organisation de l'information de l'enfant, son informativité et sa capacité à se représenter les informations nécessaires à l'autre (compétence relevant de la théorie de l'esprit). Le patient choisit une des quatre photos représentant des personnages placés autour d'un banc. L'examineur doit positionner correctement les personnages pour reproduire cette scène derrière un cache en suivant les indications du patient. L'enfant doit ensuite porter un jugement sur la réalisation du testeur et donner les indications nécessaires à la correction. La cotation se fait selon 5 types d'indications : la planification de l'action, la dénomination des personnages, la caractérisation des personnages, leur position, leur localisation et la précision du site par rapport auquel ils sont localisés. Des points sont aussi accordés selon le jugement porté par l'enfant sur la réalisation du testeur.

Ces trois épreuves ne sont pas étalonnées pour l'âge de notre population : l'étalonnage va jusqu'à 6 ans et 6 mois pour les épreuves de l'EVALO 2-6, et 8 ans pour le test de Shulman. Il ne nous sera donc pas possible de comparer les patients à la norme. Nous pouvons néanmoins les utiliser pour comparer les groupes de patients entre eux, sans référence à l'étalonnage, et éventuellement estimer un âge de développement de la pragmatique pour chaque patient.

5.4. Children's Communication Checklist (CCC) de Bishop

La grille sélectionnée (CCC) a été élaborée par Bishop (1998) pour savoir si, au sein des enfants ayant des difficultés langagières, certains ont des troubles pragmatiques plus importants que d'autres. Il existe une version plus récente (CCC-2) (2003), mais nous avons dû l'écarter car la cotation se fait en fréquence d'apparition du comportement sur une semaine, ce qui gêne le remplissage pour les parents des patients accueillis en internat. Nous avons donc choisi d'utiliser la première version traduite en français par Maillart (2003). Nous avons demandé aux parents des patients rencontrés, à leur orthophoniste et à leur éducateur de remplir cette grille. Ces avis sont subjectifs, c'est pourquoi nous l'avons fait dans la mesure du possible remplir par plusieurs personnes qui n'ont pas le même rapport avec l'enfant, pour obtenir des moyennes plus représentatives du niveau général de l'enfant. Elle est construite en 9 sous-échelles regroupées en 3 domaines reprenant les variables du continuum tridimensionnel de Bishop (cf. page 17), et comporte 70 items au total :

- deux sous-échelles sont consacrées à la structure du langage : intelligibilité/fluence, et syntaxe
- cinq sous-échelles évaluent l'utilisation sociale du langage : initiation de la conversation, cohérence, langage stéréotypé, utilisation du contexte conversationnel et rapport conversationnel. Les scores obtenus à ces échelles sont additionnés pour former le composant pragmatique.
- deux sous-échelles s'intéressent à des aspects non linguistiques recouvrant des comportements autistiques : relations sociales et centres d'intérêt.

Cette grille est remplie selon 4 modalités : le comportement proposé s'applique tout à fait - un peu/quelquefois - pas du tout à l'enfant, l'évaluateur ne sait pas répondre.

La normalisation a été réalisée sur une population d'enfants sans difficultés langagières de 6 à 16 ans. On dispose aussi d'un étalonnage sur des enfants de 8 ans en moyenne avec des troubles de développement du langage, un "SSP pur" (enfants pour lesquels on suspecte un déficit pragmatique mais sans trouble autistique ou syndrome d'Asperger), ou un "SSP plus" (enfants pour lesquels on suspecte un déficit pragmatique associé à des traits autistiques sans qu'un diagnostic d'autisme n'ait été posé).

5.5. Profil des Troubles Pragmatiques (PTP) de Monfort

Le PTP a été conçu par Monfort et al. (2005) à partir de la nomenclature des troubles pragmatiques qu'ils ont élaborée. Nous avons choisi de la remplir nous-même à l'issue de la rencontre avec chaque patient, afin de profiter de focalisations différentes par rapport aux tests précédents, dans le but de repérer si les troubles se situent plutôt au niveau réceptif ou expressif, et si les symptômes touchent plutôt le langage et la communication, ou bien plus généralement le comportement. Cette grille (disponible en annexe 9) est constituée de 24 items regroupés en 4 rubriques : sur le versant réceptif, les troubles de la compréhension du langage et les troubles de l'interaction sociale, et sur le versant expressif, les troubles de l'expression verbale et les troubles des comportements ludiques et sociaux. La cotation proposée par Monfort et al. (2005) se fait selon que l'item s'applique ou non au cas de l'enfant et selon le nombre d'items apparaissant chez l'enfant dans chaque rubrique.

6. Matériel

Pour le test de Shulman, nous nous sommes procurée deux marionnettes, une feuille de dessin, des téléphones jouets et des cubes. Pour les marionnettes, nous avons choisi de ne pas utiliser celles qui pouvaient faire référence à des personnages effrayants. Nous avons opté pour un personnage sympathique de dessin animé (Pinocchio) et une marionnette ressemblant à une peluche (nounours). La feuille de dessin comporte, comme précisé dans le test, un rond, un carré et une croix. Nous avons pris de grands motifs, les plus simples possibles, en noir sur fond blanc. Pour les téléphones jouets, étant donné l'âge des patients, nous avons choisi d'utiliser de vrais téléphones ne fonctionnant plus, pour être au plus proche des téléphones connus des enfants. Enfin, nous avons choisi des cubes en bois non colorés. L'ensemble du matériel a été sélectionné pour être le plus neutre possible, ne pas distraire l'enfant et n'être qu'un support à la discussion.

Nous avons proposé un récit sur image à la suite des différentes épreuves, car ce type de tâche est régulièrement cité comme étant sensible aux difficultés pragmatiques. Nous avons utilisé une image du livre pour enfant "A la piscine" (Fronsacq & Pouyet, 2000), représentant une scène avec des enfants jouant à la piscine, sans texte, afin d'être proche du vécu des patients.

7. Analyse des résultats

Chaque passation a été filmée. En effet, nous avons décidé de ne pas coter les protocoles lors des passations afin d'être disponible pour l'interaction naturelle avec l'enfant, et pour pouvoir prendre des notes cliniques sur son comportement et ses réponses, ainsi que sur notre ressenti vis-à-vis de son adaptation lors du test. Nous avons par la suite visionné les vidéos, procédé à la cotation de chaque épreuve et enrichi nos notes cliniques.

A l'issue des passations, nous disposons donc, pour chaque enfant, d'un score à l'entretien d'accueil de l'EVALO 2-6, d'un score pour chaque partie du test de Shulman et du score total à ce test, d'un score à la tâche pragmatique 3 ("sur le banc") de l'EVALO 2-6, et des résultats de la CCC pour chaque personne ayant rempli la grille (un score pour chaque sous-échelle ainsi qu'un score pour le composant pragmatique). Ces données quantitatives vont nous permettre de comparer les 4 groupes entre eux (enfants autistes, TSLO avec trouble pragmatique, dysphasiques sémantique-pragmatique et dysharmoniques psychotiques).

Par ailleurs, nous avons organisé nos notes cliniques selon les 4 axes de la pragmatique (intentionnalité, régie de l'échange, adaptation à l'interlocuteur, informativité), auxquels nous avons ajouté les remarques concernant les aspects non-verbaux de la communication (cf. annexe 6). Nous disposons aussi des données qualitatives du PTP de Monfort pour enrichir notre analyse. Concernant l'intentionnalité de la communication, nous devons évaluer les fonctions du langage acquises par l'enfant. Pour cela, nous disposons des données issues de l'entretien d'accueil et du test de Shulman. Étant donné que ces deux épreuves n'utilisent pas les mêmes dénominations pour les fonctions du langage, nous les avons regroupées en les comparant aux fonctions du langage issues des travaux de Jakobson et d'Halliday (cf. annexe 5).

Nous allons maintenant présenter les résultats du protocole mis en place dans cette étude.

Résultats

1. Présentation de la population

1.1. Âge

Groupes	TSLO					SSP	Dysharmonie psychotique					Autisme		
Patients	Killian	Gaël	Léo	Dorian	Lila	Benoît	Latif	Wafi	Antony	Soan	Naël	Théo	Célestin	Lucas
Âge	11a7	15a0	10a8	13a4	8a2	10a5	11a6	10a7	11a0	10a1	8a8	10a11	8a2	8a10

Tableau I : Répartition de la population en termes d'âges

1.2. Sexe

Notre population est constituée d'une fille pour 13 garçons.

1.3. Diagnostics

Notre population se répartit comme suit en termes de diagnostic :

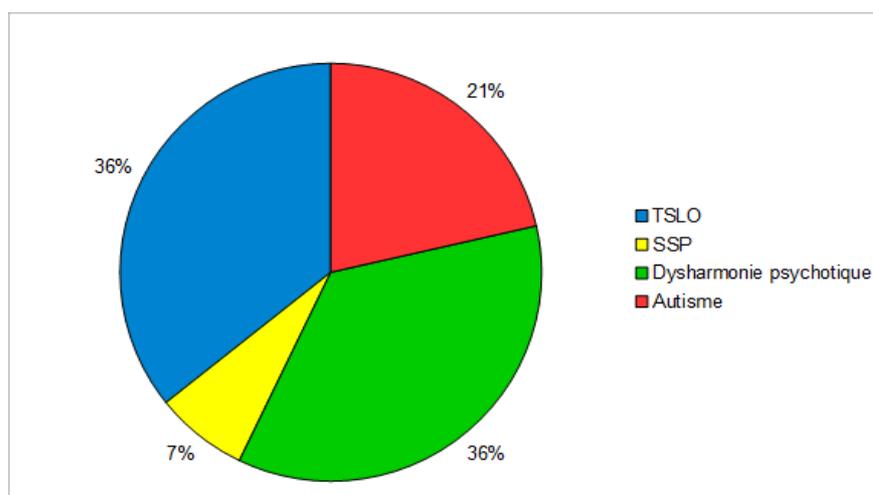


Figure 2 : Répartition de la population en termes de diagnostics

A noter que ces diagnostics correspondent aux données fournies par les médecins des différents services dans lesquels nous sommes intervenue, et que les diagnostics inscrits dans les dossiers médicaux (notamment les dossiers MDPH) sont parfois différents. En effet, notamment pour la dysharmonie psychotique, qui n'est pas un diagnostic de la CIM-10, le diagnostic inscrit dans les dossiers est exprimé selon le tableau de correspondance entre la CFTMEA et la CIM-10, et est donc selon les cas TED, TSA, ou TED-NS. Le détail du parcours diagnostique des patients, ainsi que leur parcours de soin est disponible en annexes 12 et 13.

Nous allons à présent exposer les résultats de l'étude que nous avons menée sur ces patients.

2. Résultats des bilans

2.1. Données utilisées

Pour exposer les résultats de notre étude, nous allons commencer par présenter le profil pragmatique obtenu pour chaque patient. Les données quantitatives sont issues uniquement des résultats de la CCC. En effet, suite à l'analyse des données chiffrées issues des épreuves de l'EVALO 2-6 et du test de Shulman, nous avons fait le choix de ne pas les utiliser pour les raisons suivantes :

- **A l'entretien d'accueil de l'EVALO 2-6** : 50% des patients obtiennent des résultats dans ou au-delà de la norme des enfants de 6 ans, ce qui ne permet ni d'estimer un âge développemental, ni de comparer les groupes entre eux car on observe un effet plafond de ce test pour l'âge de notre population d'intérêt. Pour l'autre moitié de notre population, le score n'était pas interprétable : chez 86% de ces patients, nous n'avons pas posé une question afin de ne pas être apragmatique en tant qu'évaluateur, d'autant plus lors du premier contact avec le patient. En effet, l'item "explique-moi ce que c'est une orthophoniste" a posé problème, car, à l'induction précédente ("tu sais ce que c'est une orthophoniste ?"), ces patients ont soit répondu "non", soit ils ont spontanément expliqué ce que c'est.

- **À la tâche pragmatique 3 de l'EVALO 2-6** : 100% de nos patients obtiennent des résultats dans la norme des enfants de 6 ans, ce qui ne permet ni d'estimer un âge développemental, ni de comparer les groupes entre eux car on observe un effet plafond de ce test pour l'âge de notre population d'intérêt.

- **Au test de Shulman** : 43% des patients obtiennent des scores dans la norme des enfants de 7 ans et 6 mois à 8 ans, ce qui ne permet ni d'estimer un âge développemental, ni de comparer les groupes entre eux car on observe un effet plafond de ce test pour l'âge de notre population d'intérêt. Pour les 57% restant, les résultats ne sont pas interprétables car nous n'avons pas pu poser certaines questions pour diverses raisons : certains items ne peuvent être proposés car ils dépendent d'une bonne adaptation à la question précédente et cela n'a pas toujours été le cas, certaines questions (comme pour l'entretien d'accueil) ne peuvent être

posées car l'enfant y a répondu spontanément à un autre moment, et des enfants ont refusé de répondre à certaines inductions.

Néanmoins, la passation de ces épreuves nous a permis de recueillir des données cliniques pour chaque patient dans des contextes standardisés qui constituent, avec les données issues du PTP, les données qualitatives de notre étude. Dans un souci de concision, l'ensemble des résultats quantitatifs et des observations cliniques pour chaque patient est présenté en annexe 14, nous n'exposerons ici que les conclusions des bilans effectués. Ensuite, nous comparerons les groupes entre eux, sur le plan quantitatif et qualitatif afin de déterminer si un profil spécifique à chaque pathologie se dégage.

Nous décrivons ici les résultats des patients par groupe à partir du diagnostic qui nous a été indiqué par le médecin de chaque service. Par ailleurs, nous précisons le diagnostic que nous avons pu trouver dans les dossiers médicaux des patients.

2.2. TSLO avec difficultés pragmatiques

2.2.1. Killian

2.2.1.1. Anamnèse

Killian est âgé de 11 ans 7 mois au moment du bilan. Le diagnostic inscrit dans son dossier médical, posé à ses 6 ans par un service de neuropédiatrie, est celui d'un **trouble langagier dans le cadre d'un trouble de la communication évoluant bien**. Ses antécédents comportent des **troubles du langage** (jargon, compréhension et stock lexical déficitaires, syntaxe difficilement évaluable), de la **pragmatique** (réponses inadaptées, écholalies, persévérations), et **cognitifs** (trouble de l'attention).

2.2.1.2. Résultats du bilan

Killian se présente comme un enfant qui participe activement à la communication. Dans la régie de l'échange et l'adaptation, il ne prend parfois pas suffisamment en compte son interlocuteur, entraîné par son imagination riche et son enthousiasme, qu'il peut néanmoins canaliser si on l'y incite. Les résultats quantitatifs de la CCC mettent en évidence des scores pathologiques vis-à-vis de la norme, mais dans la moyenne des patients avec un TSLO, et rapprochent donc Killian des patients ayant un trouble pragmatique résultant de leurs troubles du langage. **Nous**

appellerons le groupe d'enfants ayant un profil pragmatique proche le groupe 1.

2.2.2. Gaël

2.2.2.1. Anamnèse

Gaël est âgé de 15 ans au moment du bilan. Le diagnostic inscrit dans son dossier médical est celui d'une **dysphasie mixte phonologique-syntaxique**. Ses antécédents comportent des **troubles du langage** (communication par le regard et le pointage dans la petite enfance, compréhension faible, trouble phonologique, stock lexical faible et trouble de l'encodage syntaxique) et de la **pragmatique** à 5 ans (hypospontanéité, écholalies, coq-à-l'âne, difficultés dans la régulation de l'échange).

2.2.2.2. Résultats du bilan

Gaël se présente comme légèrement passif dans l'échange, avec une faible utilisation des fonctions de communication conduisant l'autre à agir et une informativité limitée car il ne fournit pas toujours la quantité d'informations suffisante. Les résultats quantitatifs de la CCC mettent en évidence des scores pathologiques vis-à-vis de la norme, mais dans la moyenne des patients avec un TSLO, et rapprochent donc Gaël des patients ayant un trouble pragmatique secondaire à leur trouble du langage. **Son profil pragmatique correspond au groupe 1.**

2.2.3. Léo

2.2.3.1. Anamnèse

Léo est âgé de 10 ans 8 mois au moment du bilan. Le diagnostic inscrit dans son dossier médical, posé à ses 5 ans par un CRDTA, est celui de **trouble sévère du langage oral associé à un trouble du comportement et à un trouble oppositionnel**. Ses antécédents comportent des **troubles du langage** (trouble phonologique), de la **pragmatique** (hyperfluente, incohérence), du **développement psycho-affectif** (troubles du comportement, rigidité, angoisses, énurésie), **cognitifs** (trouble attentionnel), et **neurodéveloppementaux** (hypotonie, particularités morphologiques, syndrome dyséxecutif).

2.2.3.2. Résultats du bilan

Léo se présente comme un patient dominant l'échange par manque de prise en compte de l'autre, malgré une intelligibilité limitée. On note un besoin de clarifier le réel de l'imaginaire, des irruptions de thèmes, un envahissement de l'espace de

l'autre, une familiarité avec son interlocuteur, une impulsivité, un manque d'inhibition et une hyper-réactivité au monde environnant. Les résultats quantitatifs de la CCC mettent en évidence des scores pathologiques vis-à-vis de la norme, dans la moyenne très faible des patients TSLO et intermédiaires entre les profils SSP plus et SSP pur. **Nous appellerons le groupe d'enfants ayant un profil pragmatique proche le groupe 2.**

2.2.4. Dorian

2.2.4.1. Anamnèse

Dorian est âgé de 13 ans 4 mois au moment du bilan. Le diagnostic inscrit dans son dossier médical, posé à ses 9 ans par un service de neuropédiatrie, est celui de **trouble spécifique du langage oral sur la voie phonologique**. Ses antécédents comportent des **troubles du langage** (trouble phonologique), de la **pragmatique** (hyperfluence, prolixité), du **développement psycho-affectif** (troubles du comportement, relationnels et de la personnalité) et un **profil cognitif hétérogène** (QI verbal = 86, QI performance = 126).

2.2.4.2. Résultats du bilan

Dorian se présente comme un patient globalement passif dans la communication. Il relance peu la conversation, est plutôt amimique et peut manquer de tact dans l'expression de sa pensée. Les résultats quantitatifs de la CCC mettent en évidence des scores pathologiques vis-à-vis de la norme, mais dans la moyenne des patients avec un TSLO, et rapprochent donc Dorian des patients ayant un trouble pragmatique résultant de leurs troubles du langage. **Son profil pragmatique correspond au groupe 1.**

2.2.5. Lila

2.2.5.1. Anamnèse

Lila est âgée de 8 ans et 2 mois au moment du bilan. Le diagnostic inscrit dans son dossier médical, posé à ses 7 ans par un service de neuropédiatrie, est celui d'une **hypothèse de dysphasie sévère sans écarter un TED**. Ses antécédents comportent des **troubles du langage** (trouble de la parole, inintelligibilité), de la **pragmatique** (retrait relationnel, regard fuyant, faible informativité), du **développement psycho-affectif** (trouble alimentaire, encoprésie), des **particularités cognitives** (trouble attentionnel, QI performance > QI verbal, îlot de

compétences), des **difficultés psychomotrices**, des **antécédents familiaux** (dyslexie, dysorthographe, dysphasie).

2.2.5.2. Résultats du bilan

Lila se présente comme une enfant très difficilement intelligible. Ses difficultés pragmatiques sont marquées par une utilisation unidirectionnelle du langage : elle transmet des informations, mais ne vérifie pas leur bonne réception par le regard et ne cherche pas à obtenir quelque chose de l'autre. On note une utilisation fréquente du langage égocentrique, une altération de la régulation de l'échange par des persévérations et des digressions thématiques, une faible adaptation à son interlocuteur et une compréhension lexicale basée sur la reconnaissance des routines conversationnelles auxquelles elle répond de façon plaquée. Les résultats quantitatifs de la CCC mettent en évidence des scores pathologiques vis-à-vis de la norme, dans la moyenne très faible des patients TSLO et intermédiaires entre les profils SSP plus et SSP pur. **Nous appellerons le groupe d'enfants ayant un profil pragmatique proche le groupe 3.**

2.3. Dysphasie sémantique-pragmatique

2.3.1. Benoît

2.3.1.1. Anamnèse

Benoît est âgé de 10 ans et 5 mois au moment du bilan. Le diagnostic inscrit dans son dossier médical, posé à ses 5 ans par un CAMSP, puis ni confirmé ni infirmé à ses 7 ans par un service de neuropédiatrie, est celui de **dysphasie sémantique-pragmatique**. Ses antécédents comportent des **troubles du langage** (manque du mot, compréhension et expression déficitaires, lexique faible et mal organisé), de la **pragmatique** (manque d'informativité, hypospontanéité, difficultés sur les inférences, l'implicite et l'accès au point de vue d'autrui, discours plaqué), du **développement psycho-affectif** (construction de surface par imitation, inhibition, difficultés d'expression et de compréhension des émotions, recherche d'immuabilité, perfectionnisme), **cognitifs** (QI faible, difficultés logico-mathématiques), et des **antécédents familiaux** (haut potentiel).

2.3.1.2. Résultats du bilan

Benoît se présente comme un enfant hypofluent, passif dans l'échange, qui cherche à se conformer à la volonté de l'adulte sans toutefois bien la comprendre. Il

est en difficulté quand il s'agit d'exprimer une demande, un goût ou un choix personnel. Il exprime peu d'émotions, se montre méticuleux, réalise peu d'inférences, et sa communication reste concrète et contextuelle. Les résultats quantitatifs de la CCC mettent en évidence des scores pathologiques vis-à-vis de la norme et rapprochent Benoît des patients ayant des troubles pragmatiques associés à des traits autistiques (SSP plus). **Son profil pragmatique correspond au groupe 3.**

2.4. Dysharmonie psychotique

2.4.1. Latif

2.4.1.1. Anamnèse

Latif est âgé de 11 ans et 6 mois au moment du bilan. Le diagnostic inscrit dans son dossier médical est celui de **TSA (TED) et de déficience intellectuelle moyenne**. Ses antécédents comportent des **troubles du langage** (retard de parole et de langage), de la **pragmatique** (difficultés d'empathie, prosodie monotone, expression émotionnelle inadéquate par rapport au contenu du discours, connaissance limitée des règles sociales) et du **développement psycho-affectif** (labilité de l'humeur, agressivité, immaturité, intérêts électifs, comportements stéréotypés, repli, angoisses, faible tolérance à la frustration, désinhibition).

2.4.1.2. Résultats du bilan

Latif se présente comme un enfant avec un profil hétérogène. Malgré de bonnes compétences dans certains domaines, il paraît empreint d'une inquiétude que rien ne calme. L'échange est marqué par des irruptions de thèmes en lien avec la mort qui envahissent la discussion et donnent lieu à des questions répétitives car Latif ne semble pas pouvoir prendre en compte la réponse. On note une difficulté à inhiber les comportements inappropriés, des mimiques pauvres et un comportement corporel inhabituel. Les résultats quantitatifs de la CCC mettent en évidence des scores pathologiques vis-à-vis de la norme et rapprochent Latif des patients avec des troubles pragmatiques associés à des signes autistiques (SSP plus). **Son profil pragmatique correspond au groupe 2.**

2.4.2. Wafi

2.4.2.1. Anamnèse

Wafi est un enfant de 10 ans 7 mois au moment du bilan. Le diagnostic inscrit dans son dossier médical est celui de **trouble du comportement avec évocation**

d'hyperactivité. Ses antécédents comportent des **troubles du langage** (bégaiement intermittent), de la **pragmatique** (familiarité), du **développement psycho-affectif** (immaturité, enfant influençable, fragilité de l'image de soi avec oscillation entre auto-félicitation et auto-dévalorisation, opposition, provocation), et **cognitifs** (trouble de l'attention, désinhibition, impulsivité, QI liminaire et hétérogène).

2.4.2.2. Résultats du bilan

Wafi se présente comme un enfant dont l'imaginaire envahit la communication. Très à l'aise dans la fonction ludique du langage, son thème de prédilection infiltre la plupart des échanges. On note une provocation et une opposition ludique, une recherche active des limites et un registre de langue très familier. Il se montre impulsif, manque d'inhibition et se décentre peu de son propre point de vue pour envisager celui de l'autre. Les résultats quantitatifs de la CCC mettent en évidence des scores pathologiques vis-à-vis de la norme, dans la moyenne très faible des patients TSLO et intermédiaires entre les profils SSP plus et SSP pur. **Son profil pragmatique correspond au groupe 2.**

2.4.3. Antony

2.4.3.1. Anamnèse

Antony est âgé de 11 ans au moment du bilan. Le diagnostic inscrit dans son dossier médical est celui de **TED (TSA)**. Ses antécédents comprennent une dysharmonie de développement avec des retards dans plusieurs domaines instrumentaux, cognitifs et langagiers. On note des **troubles du langage** (jargon, trouble d'articulation, retard de parole et de langage), de la **pragmatique** (réponses inadaptées et étranges, digressions, langage prolix, vocabulaire précis, persévérations, écholalies, difficultés d'accès au point de vue d'autrui, de compréhension et d'expression des émotions, troubles du regard) et du **développement psycho-affectif** (angoisses au changement, souci du détail, débordement émotionnel, retrait relationnel).

2.4.3.2. Résultats du bilan

Antony se présente comme un enfant qui peut exprimer ses émotions par la mimique et le langage, mais dont les difficultés se situent essentiellement dans un manque d'accès au point de vue de l'autre et à la théorie de l'esprit. Ainsi, il n'utilise que faiblement le langage pour agir sur l'autre, il négocie peu les thèmes avec son interlocuteur et ne parvient pas à sélectionner les informations pertinentes. Les

résultats quantitatifs de la CCC mettent en évidence des scores pathologiques vis-à-vis de la norme, et rapprochent Antony des patients ayant des troubles pragmatiques associés à des traits autistiques (SSP plus). **Son profil pragmatique correspond au groupe 3.**

2.4.4. Soan

2.4.4.1. Anamnèse

Soan est âgé de 10 ans et 1 mois au moment du bilan. Le diagnostic inscrit dans son dossier médical, posé à ses 8 ans, est celui de **TED (TSA)**. Ses antécédents comprennent des **troubles du langage** (jargon, retard de langage), de la **pragmatique** (trouble de la prosodie et du regard, difficultés d'expression et compréhension des émotions), du **développement psycho-affectif** (troubles de la relation, de l'empathie et du comportement, intérêts électifs et restreints, angoisses, faible tolérance à la frustration, confusion à l'autre, égocentrisme, envahissement du discours par des thèmes violents, confusion réel/imaginaire), du **comportement** (stéréotypies, troubles de l'alimentation, particularités sensorielles, rétention des selles) et **cognitifs** (compétences hétérogènes).

2.4.4.2. Résultats du bilan

Soan se présente comme un enfant très hypofluent qui a besoin d'être étayé dans sa communication. Son intentionnalité est donc limitée et il ne peut exprimer les sentiments qui le submergent par la communication verbale ou non verbale, la régie de l'échange est altérée par un manque de maintien de la communication, son informativité est réduite car il donne trop peu d'informations, tandis que sa communication non-verbale est pauvre et non informative. Les résultats quantitatifs de la CCC mettent en évidence des scores pathologiques vis-à-vis de la norme et rapprochent Soan des patients ayant des troubles pragmatiques associés à des traits autistiques (SSP plus). **Son profil pragmatique correspond au groupe 3.**

2.4.5. Naël

2.4.5.1. Anamnèse

Naël est âgé de 8 ans 8 mois au moment du bilan. Le diagnostic inscrit dans son dossier médical est celui de **TED-NS avec la précision "dysharmonie psychotique selon la CFTMEA, probable trouble de l'attachement, type désorganisé"**. Ses antécédents comportent des **troubles du langage** (retard de

parole et de langage), de la **pragmatique** (retard de communication), du **développement psycho-affectif** (instabilité, immaturité, troubles du comportement, agressivité, confusion réel/imaginaire), du **comportement** (opposition), **cognitifs** (retard global, QI hétérogène, hyperactivité, troubles de l'attention, instabilité, impulsivité) et des **antécédents familiaux** (épilepsie, consommation d'alcool pendant la grossesse).

2.4.5.2. Résultats du bilan

Naël se présente comme un enfant qui se montre plus à l'aise dans la fonction ludique du langage que dans le langage spontané. Il exprime peu d'émotions par le langage ou par la mimique, transgresse les règles de proxémie et de régie de l'échange, il est trop familier avec son interlocuteur, réalise des choix lexicaux atypiques (paraphrasies et manque du mot) et montre des difficultés de flexibilité, de tolérance à la frustration et d'inhibition. Les résultats quantitatifs de la CCC mettent en évidence des scores pathologiques vis-à-vis de la norme, dans la moyenne très faible des patients TSLO et rapprochent Naël des patients ayant des troubles pragmatiques associés à des traits autistiques (SSP plus). **Son profil pragmatique correspond au groupe 2.**

2.5. Autisme

2.5.1. Théo

2.5.1.1. Anamnèse

Théo est âgé de 10 ans 11 mois au moment du bilan. Le diagnostic inscrit dans son dossier médical, posé à ses 8 ans par un CRA, est celui d'**autisme typique avec haut niveau intellectuel**. Ses antécédents comprennent des **troubles pragmatiques** (familiarité, troubles du regard et de l'empathie, difficultés dans la régie de l'échange, dans l'accès au point de vue d'autrui, réponses plaquées ou inadaptées), du **développement psycho-affectif** (désinhibition, grossièreté, agressivité, manque de respect des règles, inauthenticité, sensibilité à l'échec et à la frustration, persévérations, intérêts restreints et stéréotypés, difficultés d'expression des émotions), et **cognitifs** (rigidité cognitive, QI hétérogène, trouble de l'attention, distractibilité, fatigabilité, instabilité, impulsivité).

2.5.1.2. Résultats du bilan

Théo se présente comme un enfant souriant, mais sa communication non-verbale excessive et l'expression de son monde intérieur qui ne semble pas en lien avec des émotions réellement ressenties peuvent le faire paraître inauthentique. Il peut se montrer directif, impatient et familier et ne prend pas suffisamment en compte son interlocuteur. Les résultats quantitatifs de la CCC mettent en évidence des scores pathologiques vis-à-vis de la norme et rapprochent Théo des patients ayant des troubles pragmatiques associés à des traits autistiques (SSP plus). **Son profil pragmatique correspond au groupe 2.**

2.5.2. Célestin

2.5.2.1. Anamnèse

Célestin est âgé de 8 ans et 2 mois au moment du bilan. Le diagnostic inscrit dans son dossier médical, posé par un CRA, est celui d'**autisme de haut niveau**. Ses antécédents comprennent des **troubles du langage**, de la **pragmatique** (troubles du regard et d'interaction) et du **développement psycho-affectif** (instabilité émotionnelle, angoisses).

2.5.2.2. Résultats du bilan

Célestin se présente comme un enfant qui peut transmettre des informations élaborées, mais dont la sélection des informations est inhabituelle, avec une focalisation sur des détails non pertinents au détriment des éléments prégnants. On remarque des difficultés à faire des demandes et des inférences sur le point de vue et les attentes de l'autre, il peut manquer de tact dans l'expression de la critique et a difficilement accès au langage non littéral. La prosodie et la mimique sont monotones. Les résultats quantitatifs de la CCC mettent en évidence des scores pathologiques vis-à-vis de la norme et rapprochent Célestin des patients ayant des troubles pragmatiques associés à des traits autistiques (SSP plus). **Son profil pragmatique correspond au groupe 3.**

2.5.3. Lucas

2.5.3.1. Anamnèse

Lucas est âgé de 8 ans 10 mois au moment du bilan. Le diagnostic inscrit dans son dossier médical, posé à ses 3 ans par un CRA, est celui de **trouble envahissant du développement spécifique (autisme)**. Ses antécédents

comprennent des **troubles du langage** (retard de langage), de la **pragmatique** (discours plaqué, écholalies, persévérations, réponses inadaptées, troubles du regard et de la prosodie, difficultés d'expression des émotions, stéréotypies, rires inadaptés), du **développement psycho-affectif** (angoisses de morcellement), et **cognitifs** (trouble de l'attention conjointe, rituels, intolérance au changement).

2.5.3.2. Résultats du bilan

Lucas se présente comme un enfant en difficulté dans la régie de l'échange, notamment le tour de rôle, les routines conversationnelles d'initiation et de clôture de l'échange. Il a difficilement accès aux sentiments et aux attentes de l'autre. L'informativité est marquée par une abondance de détails non pertinents, redondants ou insolites. La communication non-verbale est altérée par une prosodie monotone avec des particularités rythmiques, des productions vocales qui n'ont pas de valeur communicationnelle et une impulsivité avec une difficulté à inhiber les comportements inappropriés. Les résultats quantitatifs de la CCC mettent en évidence des scores pathologiques vis-à-vis de la norme, dans la moyenne très faible des patients TSLO et rapprochent Lucas des patients ayant des troubles pragmatiques associés à des traits autistiques (SSP plus). **Son profil pragmatique correspond au groupe 3.**

Nous allons à présent comparer les différentes populations pour pouvoir répondre à nos hypothèses. Nous allons tout d'abord nous intéresser aux caractéristiques des groupes formés à partir du diagnostic des patients.

3. Comparaison entre les groupes

3.1. Comparaison des groupes diagnostiques sur la base des données quantitatives

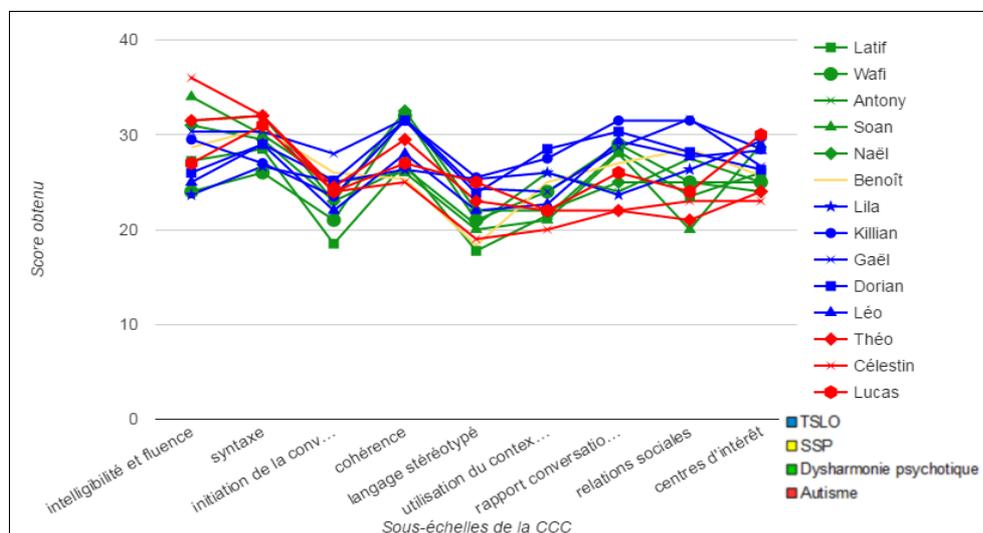


Figure 3 : Résultats des patients à la CCC en fonction des diagnostics

Il ne semble pas exister de différence majeure entre les groupes formés à partir du diagnostic. Suite à l'analyse et la comparaison de la répartition des scores grâce aux graphiques (box plots) disponibles en annexe 15, nous pouvons conclure, comme nous le voyons sur ce graphique :

- Que le groupe constitué des patients diagnostiqués TSLO avec difficultés pragmatiques obtiennent :
 - de moins bons scores que les autres groupes aux sous-échelles d'intelligibilité et de fluence, ainsi qu'à celle de syntaxe.
 - de meilleurs scores que les autres groupes aux sous-échelles de langage stéréotypé, d'utilisation du contexte conversationnel, de rapport conversationnel, de relations sociales et de centres d'intérêt.
- Que les patients diagnostiqués autistes obtiennent de meilleurs scores que les autres groupes aux sous-échelles d'intelligibilité et de fluence, ainsi qu'à celle de syntaxe.
- Que pour les sous-échelles formant le composant pragmatique, ainsi que les sous-échelles de relations sociales et de centres d'intérêt, nous observons une grande proximité entre les scores des patients autistes et dysharmoniques psychotiques.

Néanmoins, ces résultats sont à nuancer car nos échantillons étant très restreints, les fluctuations d'échantillonnage sont très importantes. Nous obtenons des résultats très dispersés, des étendues importantes entre les meilleurs et les moins bons scores, des valeurs extrêmes peu pertinentes, et un important recouvrement des valeurs entre les différents groupes. Cela permet difficilement d'objectiver une différence significative entre les scores obtenus par chaque groupe.

Le patient diagnostiqué dysphasique sémantique-pragmatique ne peut pas être rapproché d'un groupe en particulier sur la base des résultats quantitatifs, car sa proximité avec tel ou tel groupe varie selon les sous-échelles.

En ce qui concerne le composant pragmatique, le groupe constitué des patients diagnostiqués TSLO avec difficultés pragmatiques obtient de meilleurs scores que les groupes des patients diagnostiqués autistes et dysharmoniques psychotiques, que l'on ne peut d'ailleurs pas distinguer sur la base des scores. En effet, la médiane du groupe dysharmonique est inférieure au groupe autisme tandis que les résultats du groupe des patients autistes sont globalement plus faibles. Par ailleurs, on note une valeur extrême dans le groupe dysharmonique, plus faible que l'ensemble des autres scores dans ce groupe. Enfin, on remarque l'étendue importante de la répartition des scores du groupe TSLO, qui montre une grande hétérogénéité des résultats.

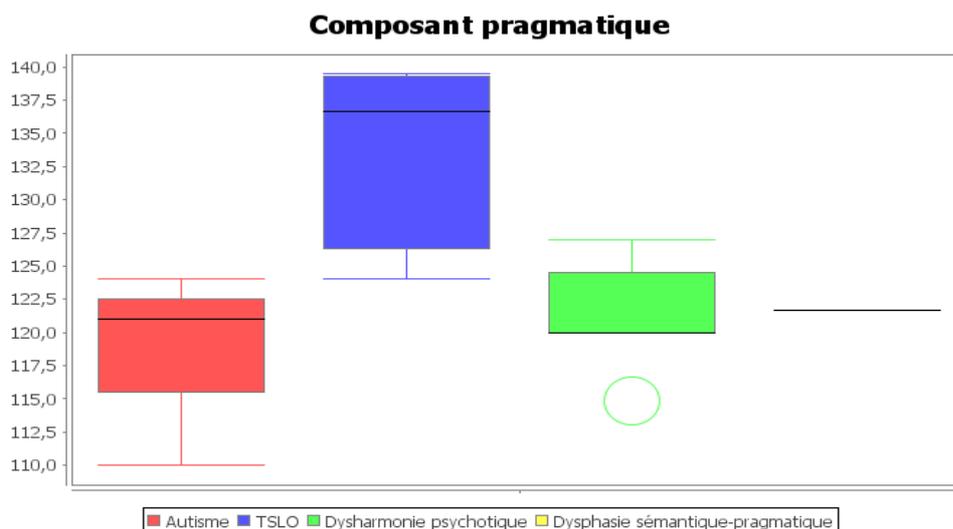


Figure 4 : Comparaison des scores au composant pragmatique des groupes basés sur le diagnostic

3.2. Comparaison sur la base des données qualitatives

Nous allons à présent étudier si des invariants peuvent être retrouvés entre les groupes sur le plan clinique. Au sein des tableaux, le signe + est utilisé pour signifier

que le comportement est altéré sur le plan clinique par une forme d'excès ou de manque de contrôle, et le signe – qualifie les comportements altérés par une sous-utilisation, une passivité ou une restriction.

3.2.1. Versants altérés

Au sein de chaque diagnostic médical, nous constatons des profils variés : certains patients ont tous les versants altérés quand d'autres semblent avoir des atteintes plus légères. On constate néanmoins des difficultés plus marquées chez les patients autistes, dysphasiques sémantique-pragmatique et dysharmoniques psychotiques, que chez les patients avec un TSLO associé à des difficultés pragmatiques.

Diagnostic	Patient	Versants altérés				Profil pragmatique
		Langage en compréhension	Langage en expression	Comportement en compréhension	Comportement en expression	
Dysharmonie psychotique	Latif	-	-			Groupe 2
	Wafi	-	+	+	+	Groupe 2
	Antony		-			Groupe 3
	Soan	-	-	-		Groupe 3
	Naël	+	+	-	-	Groupe 2
Dysphasie sémantique-pragmatique	Benoît	-	-	-	-	Groupe 3
TSLO avec difficultés pragmatiques	Lila	-	-			Groupe 3
	Killian		+			Groupe 1
	Gaël	-	-			Groupe 1
	Dorian		-			Groupe 1
	Léo	+	+	+	+	Groupe 2
Autisme	Théo		-	-	+	Groupe 2
	Célestin	-	-	-	-	Groupe 3
	Lucas	-	-	-	-	Groupe 3

Tableau II : Comparaison concernant l'altération des versants de la communication

En revanche, en s'intéressant au profil pragmatique, on peut repérer des invariants. Chez les patients du groupe 1, les difficultés touchent essentiellement le langage en expression et préservent les aspects comportementaux. A l'inverse, dans les deux autres groupes, on remarque une altération de tous les versants du langage et des comportements, avec des altérations dans le sens d'un manque d'initiative et

d'une hypofluence pour le groupe 3, et dans le sens d'un manque d'inhibition et de contrôle pour le groupe 2.

3.2.2. Intentionnalité

Si l'on considère les groupes du point de vue du diagnostic, nous ne retrouvons pas d'altération constante de l'intentionnalité.

Diagnostic	Patient	Intentionnalité						Profil pragmatique
		Fonction phatique	Transmission d'informations	Demande d'informations	Demande d'action	Expression du monde intérieur	Fonction ludique du langage	
Dyshamonie psychotique	Latif						+	Groupe 2
	Wafi						+	Groupe 2
	Antony	+		-	-		-	Groupe 3
	Soan	-			-	-		Groupe 3
	Naël	+			-		+	Groupe 2
Dysphasie sémantique-pragmatique	Benoît				-	-		Groupe 3
TSLO avec difficultés pragmatiques	Lila	-		-	-		-	Groupe 3
	Killian						+	Groupe 1
	Gaël				-			Groupe 1
	Dorian	-						Groupe 1
	Léo		-		+	-	+	Groupe 2
Autisme	Théo		-		+	-		Groupe 2
	Célestin				-		-	Groupe 3
	Lucas	-	-		-		+	Groupe 3

Tableau III : Comparaison concernant l'intentionnalité de la communication

Si l'on observe les invariants en fonction du profil pragmatique, on remarque que chez les patients du groupe 1, l'intentionnalité est globalement préservée. Chez la majorité des patients du groupe 2, on remarque que l'aspect ludique du langage est altéré par sur-utilisation, témoignant d'un certain envahissement du langage par l'imaginaire. Par ailleurs, la demande d'action peut être utilisée sans prise en compte du statut social de l'interlocuteur, avec des patients parfois directifs. Concernant les patients du groupe 3, on peut noter une altération globalement plus importante de l'intentionnalité, dont tous les aspects peuvent être touchés, principalement dans le sens d'une sous-utilisation de certaines fonctions, notamment la fonction ludique et

de demande d'action, signant d'une difficulté à utiliser le langage pour amener l'autre à agir.

3.2.3. Régie de l'échange

A partir des groupes formés sur la base du diagnostic médical, on remarque des troubles globalement plus importants chez les patients autistes et dysharmoniques psychotiques (avec une altération presque constante de la topicalisation de l'échange), que chez les patients avec un TSLO dont les troubles sont plus discrets.

Diagnostic	Patient	Régie de l'échange					Profil pragmatique
		Topicalisation	Feedback	Tour de parole	Fonction phatique	Passivité	
Dysharmonie psychotique	Latif	+	+	+			Groupe 2
	Wafi	+	+	+			Groupe 2
	Antony	+			+		Groupe 3
	Soan	-			-	-	Groupe 3
	Naël	+	-		+		Groupe 2
Dysphasie sémantique-pragmatique	Benoît					-	Groupe 3
TSLO avec difficultés pragmatiques	Lila	+			-		Groupe 3
	Killian			+			Groupe 1
	Gaël						Groupe 1
	Dorian				-	-	Groupe 1
	Léo	+	+				Groupe 2
Autisme	Théo	+	+	+			Groupe 2
	Célestin						Groupe 3
	Lucas	+	-	-	-		Groupe 3

Tableau IV : Comparaison concernant la régie de l'échange

Si l'on s'intéresse aux groupes formés à partir du profil pragmatique, on remarque que les patients du groupe 1 montrent une relative préservation de la régie de l'échange. Le groupe 2 est remarquable par des difficultés centrées sur la topicalisation de l'échange, le tour de parole et la prise en compte du feed-back de l'interlocuteur : ces patients peuvent couper la parole et poursuivre une idée sans prendre en compte l'intervention de l'autre, et on note des irrptions de thèmes, des persévérations thématiques et une absence de négociation du thème avec

l'interlocuteur. Chez les patients du groupe 3, on note des altérations variables de la régie de l'échange, avec des altérations de la topicalisation du sujet et de la fonction phatique marquées par une passivité dans l'échange.

3.2.4. Adaptation

Concernant les groupes formés à partir du diagnostic, l'adaptation à la situation de communication et au contexte est préservée chez pratiquement tous les patients dysphasiques, autistes et chez le patient dysphasique sémantique-pragmatique. En effet, on retrouve ce type de difficultés préférentiellement chez les patients dysharmoniques psychotiques. On remarque que l'altération de l'adaptation au message n'est pratiquement retrouvée que chez les patients avec un TSLO.

Diagnostic	Patient	Adaptation					Profil pragmatique
		Situation de communication	Contexte	Interlocuteur	Message	Familiarité	
Dysharmonie psychotique	Latif						Groupe 2
	Wafi	+	+	+	+	+	Groupe 2
	Antony			-			Groupe 3
	Soan						Groupe 3
	Naël	+	-	+		+	Groupe 2
Dysphasie sémantique-pragmatique	Benoît			-			Groupe 3
TSLO avec difficultés pragmatiques	Lila				+		Groupe 3
	Killian				+		Groupe 1
	Gaël						Groupe 1
	Dorian			-			Groupe 1
	Léo		+	+	+	+	Groupe 2
Autisme	Théo			+		+	Groupe 2
	Célestin			-			Groupe 3
	Lucas			-			Groupe 3

Tableau V : Comparaison concernant l'adaptation

Si l'on observe les patients ayant un même profil pragmatique, on constate que l'adaptation est relativement préservée chez les patients du groupe 1, avec des difficultés qui se centrent sur la communication en elle-même (message et interlocuteur). Concernant le groupe 2, malgré un patient qui ne présente pas de difficulté sur ce plan, les autres enfants présentent une altération importante des

aspects adaptatifs en général avec un manque de respect du cadre, une familiarité envers l'interlocuteur et un manque de contingence vis-à-vis des messages de l'autre. On remarque une altération fréquente de l'adaptation à l'interlocuteur chez la majorité des patients du groupe 3, dans le sens d'une incompréhension de ses attentes et de ses besoins.

3.2.5. Informativité

Nous ne retrouvons pas d'altération constante de l'informativité en fonction du diagnostic.

Diagnostic	Patient	Informativité								Profil pragmatique	
		Sélection des informations	Choix lexicaux	Capacités référentielles	Abondance de détails	Réponses plaquées	Réponses à côté	Savoir partagé	Langage d'évocation		Compréhension
Dysharmonie psychotique	Latif	-	+								Groupe 2
	Wafi					+		+			Groupe 2
	Antony	-									Groupe 3
	Soan	-								-	Groupe 3
	Naël	-	+	+					-		Groupe 2
Dysphasie sémantique-pragmatique	Benoît	-		-			-	-	-	-	Groupe 3
TSLO avec difficultés pragmatiques	Lila			-		-	-	-		-	Groupe 3
	Killian				+	+					Groupe 1
	Gaël	-		-							Groupe 1
	Dorian										Groupe 1
	Léo						+	+			Groupe 2
Autisme	Théo	+									Groupe 2
	Célestin	-						-		-	Groupe 3
	Lucas	-			-			-			Groupe 3

Tableau VI : Comparaison concernant l'informativité

En revanche, on observe des similitudes entre les patients ayant un même profil pragmatique. L'informativité est relativement préservée pour les patients du groupe 1 et 2. Pour le groupe 2, on relève pour certains patients un manque de prise en compte du savoir non partagé avec l'interlocuteur et un manque de cohérence, car leurs difficultés d'inhibition dans la communication les amènent à passer d'un sujet à l'autre sans en informer l'interlocuteur. Pour les patients du groupe 3, les troubles sont souvent plus importants, avec une altération fréquente de la sélection

des informations par une difficulté à se décentrer pour adopter le point de vue de l'autre et sélectionner les informations en fonction de ses besoins.

3.2.6. Communication non-verbale

Lorsque l'on observe la communication non-verbale en fonction du diagnostic, on constate qu'elle est plus altérée chez les patients dysharmoniques psychotiques et autistes que chez la majorité des patients avec un TSLO, pour lesquels le comportement corporel et la proxémie sont globalement préservés.

Diagnostic	Patient	Communication non-verbale							Profil pragmatique	
		Prosodie	VOLUME de la voix	Mimique	Contact visuel	Auto-contrôle	Hypofluence, passivité	Proxémique		Comportement corporel
Dysharmonie psychotique	Latif	-		-	-	+			+	Groupe 2
	Wafi	+				+		+	+	Groupe 2
	Antony	-	-		-					Groupe 3
	Soan	-		-	-		-	-	-	Groupe 3
	Naël	-		-	-	+		+		Groupe 2
Dysphasie sémantique-pragmatique	Benoît		-	-			-			Groupe 3
TSLO avec difficultés pragmatiques	Lila		-		-					Groupe 3
	Kilian									Groupe 1
	Gaël		-							Groupe 1
	Dorian	-		-	-		-			Groupe 1
	Léo					+		+		Groupe 2
Autisme	Théo			+		+			+	Groupe 2
	Célestin	-		-				-		Groupe 3
	Lucas	-			-	+		-		Groupe 3

Tableau VII : Comparaison concernant la communication non-verbale

Pour ce qui est des profils pragmatiques, et concernant les patients du groupe 1, on remarque la préservation de l'auto-contrôle, de la proxémie et du comportement corporel. Le profil non-verbal des patients du groupe 2 est souvent très altéré. Il est remarquable par le manque d'inhibition, de flexibilité, et de tolérance à la frustration que l'on retrouve chez tous ces patients. On observe aussi parfois un envahissement de l'espace de l'autre sans respect des règles proxémiques et des comportements corporels atypiques. Pour les patients du groupe 3, on note que la

communication non-verbale est aussi altérée que pour le groupe 2, avec des troubles de la prosodie, du volume vocal, de la mimique et du contact visuel.

Nous constatons donc que nous retrouvons plus de points communs cliniques entre les patients ayant le même profil pragmatique, bien que leur diagnostic soit différent, qu'entre certains patients ayant pourtant reçu le même diagnostic. Nous allons donc étudier à présent les résultats quantitatifs sur la base des profils pragmatiques dégagés, afin de déterminer si l'on retrouve cette proximité dans les résultats obtenus par les questionnaires adressés à leur entourage.

3.3. Comparaison des groupes de profils pragmatiques sur la base des données quantitatives

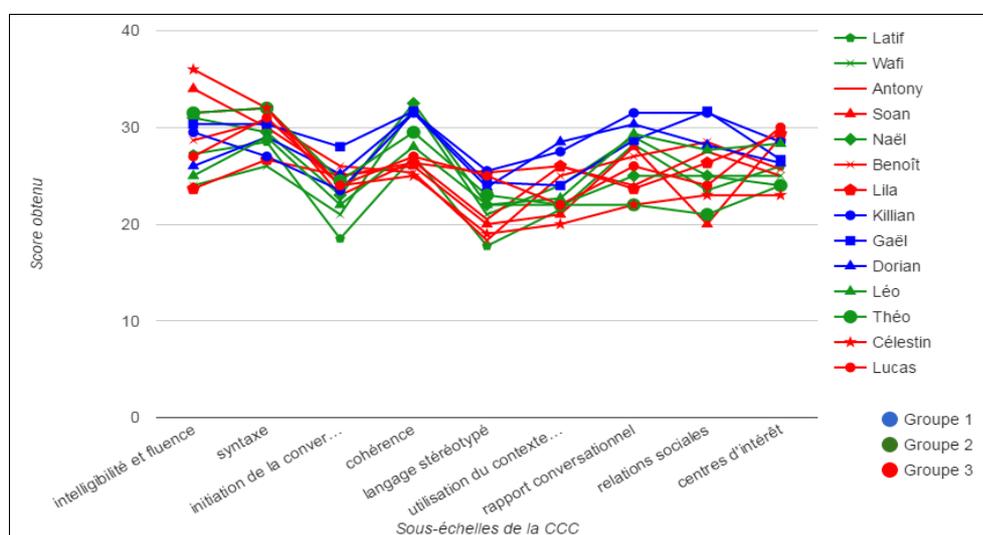


Figure 5 : Résultats des patients à la CCC en fonction des profils pragmatiques

Suite à l'analyse et la comparaison de la répartition des scores grâce aux graphiques (box plots) disponibles en annexe 16, nous pouvons conclure, comme nous le voyons sur ce graphique :

- que les résultats des 3 groupes sont proches en ce qui concerne l'intelligibilité et la fluence ainsi que les centres d'intérêt, avec néanmoins des résultats légèrement meilleurs pour les patients du groupe 3 mais aussi une plus grande hétérogénéité des résultats
- que les patients du groupe 3 obtiennent de meilleurs scores que les autres patients en ce qui concerne l'élaboration syntaxique
- pour les aspects pragmatiques et sociaux, ce sont les patients du groupe 1 qui obtiennent les meilleurs résultats

- le groupe 2 obtient de moins bons scores que le groupe 3 en ce qui concerne l'initiation de la conversation (parler trop facilement à tout le monde)
- le groupe 2 obtient de meilleurs scores que le groupe 3 en ce qui concerne la cohérence (capacité à expliquer quelque chose à quelqu'un, capacités référentielles, organiser un récit)
- les groupes 2 et 3 ne peuvent être distingués sur les plans du langage stéréotypé, de l'utilisation du contexte conversationnel, du rapport conversationnel et des relations sociales.

Nous pouvons noter à partir de l'analyse des box plots que les résultats sont plus homogènes et donc les compétences pragmatiques plus proches pour la plupart des patients des groupes formés à partir du profil pragmatique qu'à partir du diagnostic.

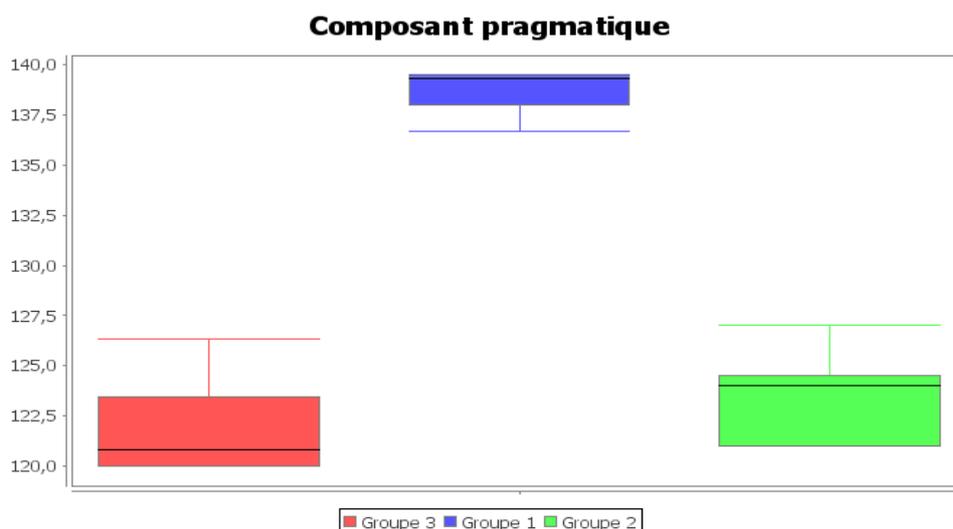


Figure 6 : Comparaison des profils pragmatiques sur le plan du composant pragmatique

Concernant le composant pragmatique, nous constatons que les meilleurs scores ont été obtenus par le groupe 1. Les groupes 2 et 3 ne peuvent être distingués car ils obtiennent des scores proches au composant pragmatique. Malgré deux scores extrêmes dans les groupes 2 et 3, la faible étendue des box plots signifie une bonne homogénéité des résultats au sein de chaque groupe. On peut donc conclure que la répartition par profil pragmatique correspond à une répartition plus homogène des patients ayant des compétences pragmatiques proches. Néanmoins, on remarque que seul le regard clinique peut permettre de distinguer le groupe 2 du groupe 3, car les résultats quantitatifs ne montrent pas de différence significative sur le plan des scores.

3.4. Résumé des trois profils pragmatiques identifiés

3.4.1. Groupe 1

Ces patients présentent des **troubles globalement moins importants** de la pragmatique, et des **altérations plus grandes des aspects formels** du langage : intelligibilité, fluence et syntaxe. Le langage est principalement touché en expression, et les **aspects comportementaux sont globalement préservés**. L'intentionnalité, l'informativité et la régie de l'échange sont moins touchées que pour les autres patients, ainsi que l'adaptation qui est altérée principalement concernant l'adaptation au message. La communication non-verbale est plus préservée que chez les autres patients, avec un auto-contrôle, une proxémie et un comportement corporel corrects. D'après les résultats de ces patients à la CCC, leur profil pragmatique se rapproche des troubles pragmatiques résultant des troubles du langage. **C'est un groupe caractérisé par l'impression clinique de difficultés qui restent centrées sur le langage et qui entravent moins la pensée et la relation que chez les autres patients.**

3.4.2. Groupe 2

Sur le plan quantitatif, ce groupe se distingue peu du groupe 3. **Les troubles altèrent la communication mais aussi plus largement les comportements** dans le sens d'un manque d'inhibition et de contrôle. Mais on constate que l'intentionnalité est marquée par une sur-utilisation de la fonction ludique du langage, avec un envahissement de la conversation par l'imaginaire. De ce fait, la régie de l'échange est très altérée par des difficultés de tour de parole, et une désorganisation de la topicalisation de l'échange avec des irruptions de thèmes, des persévérations et un manque de négociation du thème avec l'interlocuteur. On remarque une altération majeure de l'adaptation dans tous ses aspects, avec fréquemment une familiarité excessive et un manque de respect du cadre conversationnel. L'informativité est limitée par un manque de prise en compte du savoir partagé et des difficultés d'inhibition. Le comportement corporel est marqué par un manque d'auto-contrôle (inhibition, flexibilité, tolérance à la frustration) et des difficultés dans le respect de l'espace de son interlocuteur. Ce groupe obtient de faibles résultats à la CCC concernant l'initiation de la conversation, signant une difficulté à entrer en relation de façon adaptée selon le statut et la familiarité avec l'interlocuteur, mais obtiennent de meilleurs résultats que le groupe 3 quant à la cohérence de leurs récits, ce qui

montre une meilleure capacité à se représenter les besoins et les attentes de l'autre lors d'un échange. **C'est un groupe caractérisé par l'impression clinique d'un manque d'inhibition et d'adaptation, d'une infiltration de l'imaginaire dans la conversation, une désorganisation du cadre conversationnel, et des règles qui régissent les relations sociales.**

3.4.3. Groupe 3

Les aspects quantitatifs, **l'altération de la communication mais aussi des comportements** rapprochent le groupe 3 du groupe 2. Pourtant, on note que l'intentionnalité est plus altérée que chez les autres patients, avec une sous-utilisation de la demande d'action et de la fonction ludique du langage, marquant une difficulté à considérer l'autre comme un sujet à part entière et à accéder au langage non littéral. La régie de l'échange est marquée par une altération de la topicalisation de l'échange et de la fonction phatique, avec des difficultés dans les routines conversationnelles permettant de réguler les échanges. L'adaptation à l'interlocuteur est limitée par une incompréhension de ses attentes et de ses besoins. Concernant l'informativité, les troubles sont plus importants que pour les autres profils, avec une altération constante de la sélection des informations pertinentes à cause d'un déficit de décentration de son propre point de vue. La communication non-verbale est souvent très limitée et non informative, avec des troubles de la prosodie, de la mimique et du contact visuel. A la CCC, ce groupe obtient de bons résultats sur les aspects formels du langage, notamment l'élaboration syntaxique, mais de moins bons résultats quant à la cohérence, parce qu'ils ne donnent pas toujours les éléments pertinents pour que l'on comprenne ce dont ils parlent. **C'est un groupe caractérisé par l'impression clinique d'une passivité, d'une restriction de l'échange, d'une difficulté à faire des inférences sur les besoins de l'interlocuteur et donc à s'y adapter.**

Nous allons à présent mettre ces résultats en lien avec nos hypothèses de départ et discuter nos conclusions et notre méthodologie.

Discussion

1. Rappel des principaux résultats

Dans cette étude, nous avons commencé par une revue des différents outils d'évaluation de la pragmatique et choisi les outils pertinents en vue d'un bilan approfondi des compétences pragmatiques. Nous avons sélectionné des patients ayant reçu les diagnostics d'intérêt (autisme, TSLO avec des difficultés pragmatiques, dysharmonie psychotique et dysphasie sémantique-pragmatique), rencontré ces patients pour un bilan de leurs compétences pragmatiques, ainsi que fait remplir par leur famille et les professionnels une grille d'évaluation de la pragmatique. Nous avons analysé ces résultats et rédigé un compte-rendu qui explicitait leur profil pragmatique. Afin de savoir si un profil spécifique à chaque pathologie se dégage, nous avons regroupé les résultats quantitatifs issus des grilles d'évaluation en fonction des diagnostics.

Tout d'abord, le patient dysphasique sémantique-pragmatique ne peut être rapproché d'aucun groupe sur la base des résultats quantitatifs. Par ailleurs, 2 groupes se dégagent : les patients avec un TSLO obtiennent des résultats faibles aux aspects proprement linguistiques et des résultats forts sur les aspects pragmatiques et sociaux, la tendance est inversée pour les deux autres groupes (autisme et dysharmonie psychotique), qui ne peuvent être distingués sur la base des résultats quantitatifs. Nous avons par ailleurs observé que le profil pragmatique ne correspond pas toujours au diagnostic médical. Afin de comprendre les invariants qui rassemblent certains profils pragmatiques, nous avons effectué une comparaison qualitative et quantitative sur les groupes formés à partir des profils retrouvés.

Au niveau qualitatif, ces profils se répartissent en 3 groupes. Le premier rassemble les troubles pragmatiques secondaires aux troubles du langage, qui préservent les aspects comportementaux. Le deuxième groupe rassemble les troubles pragmatiques caractérisés par une désinhibition, une infiltration de l'imaginaire dans l'échange et une désorganisation du cadre conversationnel et relationnel. Le troisième groupe rassemble les troubles pragmatiques caractérisés par une passivité dans l'échange, un manque de décentration et de compréhension des règles qui permettent d'entrer en relation. On remarque que les deux derniers groupes ne peuvent être distingués par les données chiffrées, malgré une présentation clinique extrêmement différente.

2. Discussion des principaux résultats et validation des hypothèses

2.1. Hypothèse 1 : les compétences pragmatiques des patients diagnostiqués SSP et dysharmoniques psychotiques sont proches

Le patient ayant reçu le diagnostic de dysphasie sémantique-pragmatique ne peut être rapproché d'aucun groupe sur la base des résultats quantitatifs. L'examen des aspects cliniques met en évidence un profil pragmatique marqué par une discrétion, une préciosité et une passivité dans l'échange qui le rapproche du groupe 3. Le groupe d'enfants présentant une dysharmonie psychotique est constitué de 40% de patients présentant aussi ce profil clinique.

On constate donc une proximité entre les profils pragmatiques du patient dysphasique sémantique-pragmatique et une minorité de patients dysharmoniques psychotiques, ce qui ne correspond pas aux données de la littérature (Beaud & De Guibert, 2009; Danon-Boileau, 2011; Lemay, 2004).

L'extrême restriction de notre groupe dysphasie sémantique-pragmatique, avec un seul patient, nous oblige néanmoins à envisager ces résultats avec une grande prudence.

Nous ne pouvons pas valider cette hypothèse, car le patient diagnostiqué dysphasique sémantique-pragmatique et la majorité des patients dysharmoniques psychotiques ne présentent pas les mêmes profils pragmatiques.

2.2. Hypothèse 2 : le profil pragmatique des patients diagnostiqués SSP et dysharmoniques psychotiques correspond à la description clinique du SSP issue de la littérature sur le sujet

Au sein de l'ensemble des patients diagnostiqués dysphasiques sémantique-pragmatique et dysharmoniques psychotiques, nous constatons que 50% font partie du groupe 2 et 50% font partie du groupe 3.

Si l'on se réfère aux descriptions de Rapin et ses collaborateurs (1998; 1996; 2003), Bishop (2000; 1987), Gérard (1991, 2003) et Mazeau (1999, 2005), on constate que le profil pragmatique 3 présente certains rapprochements avec la

description clinique du SSP. On retrouve chez ces patients un langage fluent au niveau phonologique et syntaxique, une compréhension du langage altérée (notamment non littéral), avec des difficultés concernant les inférences, des réponses inadaptées, des troubles de la topicalisation de l'échange, une faible prise en compte de l'interlocuteur et un manque d'informativité. Pourtant, les signes cardinaux du SSP ne sont pas retrouvés : on n'observe pas les choix lexicaux atypiques, la familiarité et l'insensibilité aux codes sociaux souvent décrits, ni le manque d'adaptation à la situation de communication, et surtout pas la prolixité (voire la logorrhée), l'incohérence, les digressions et les processus associatifs étranges qui font la spécificité de ce syndrome. Ce profil ne correspond donc pas aux descriptions classiques du SSP dans la littérature.

En revanche, le profil pragmatique 2 ressemble au SSP décrit dans la littérature. On retrouve chez ces patients des choix lexicaux atypiques avec des signes de manque du mot, des troubles de compréhension, des questions répétitives sans prise en compte de la réponse, des réponses plaquées, des troubles typiques concernant la topicalisation avec des défauts de maintien du thème, des persévérations thématiques et des irruptions fréquentes de nouveaux thèmes, une absence de prise en compte de l'interlocuteur, des difficultés d'adaptation à la situation de communication, une familiarité et une insensibilité aux codes sociaux très fréquents, ainsi qu'une prolixité, des associations d'idées étranges avec un imaginaire envahissant et des digressions. On ne retrouve en revanche pas les compétences formelles préservées décrites dans le SSP.

Ces résultats peuvent être expliqués par la taille restreinte de notre échantillon (a fortiori pour le groupe "dysphasie sémantique-pragmatique") qui favorise les fluctuations d'échantillonnage et réduit la possibilité de dégager des invariants : les patients de notre échantillon ne sont pas forcément représentatifs de la population des patients ayant le même diagnostic. Cela peut expliquer que seule la moitié des patients présente un profil caractéristique du SSP. Par ailleurs, on peut remarquer que pour le patient dysphasique sémantique-pragmatique, le diagnostic a été posé il y a plusieurs années. A l'heure actuelle, sa symptomatologie ainsi que son évolution amènent l'équipe de la structure où il est accueilli à s'interroger sur la nécessité d'un bilan en CRA. Cela confirme que son profil s'éloigne de celui décrit dans le SSP pour se rapprocher plutôt d'une problématique TED.

Nous ne pouvons pas valider cette hypothèse, car seule la moitié des patients dysphasiques sémantique-pragmatique et dysharmoniques psychotiques présentent un profil pragmatique correspondant à celui décrit dans la littérature pour le SSP. Cependant, un profil pragmatique très proche du SSP est retrouvé chez 60% des patients dysharmoniques psychotiques, ce qui va dans le sens de l'hypothèse de Beaud et De Guibert. Néanmoins, c'est un profil que l'on retrouve aussi dans notre étude chez un patient autiste et un patient avec un TSLO. Il semble donc, au vu de notre échantillon, que le profil décrit dans le SSP soit cohérent avec celui présenté par certains patients dysharmoniques, mais qu'il soit non spécifique de ce trouble.

2.3. Hypothèse 3 : les compétences pragmatiques des patients autistes, dysphasiques et dysharmoniques psychotiques sont différentes

Les profils pragmatiques en fonction des pathologies se répartissent comme suit :

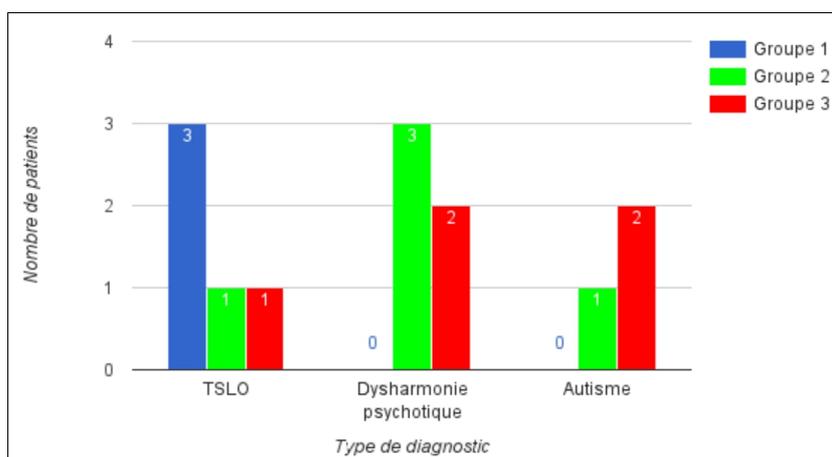


Figure 7 : Répartition des profils pragmatiques par diagnostic

On constate donc que le profil pragmatique majoritaire (60%) chez les patients TSLO (groupe 1) est différent de celui majoritairement représenté (60%) chez les patients dysharmoniques psychotiques (groupe 2), lui-même différent de celui présenté chez la majorité (67%) des patients autistes (groupe 3).

Ces résultats vont dans le sens des travaux évoquant des différences propres à chaque pathologie dans le « style » de communication et dans le fonctionnement du sujet (Andrieu et al., 2012; Beaud & De Guibert, 2009; De Guibert & Beaud, 2005; Lemay, 2004; Lenoir et al., 2007; Misès et al., 2010). Pourtant, le fait que l'on retrouve les 3 profils au sein du groupe TSLO rejoint l'hypothèse de Danon-Boileau (2011), qui évoquait un continuum allant des troubles du langage "purs" vers les

troubles de la communication et de la personnalité. De la même façon, les similitudes dans les profils pragmatiques entre les patients autistes et dysharmoniques vont dans le sens des travaux de Dessons (2014) et de Lemay (2004) qui évoquent un recouvrement partiel des deux notions. Enfin, ces résultats rejoignent la conception du continuum tridimensionnel (structure du langage, usage social du langage et intérêts) de Bishop (2000).

La petite taille de nos échantillons entraîne de grandes fluctuations d'échantillonnage. En prenant en compte cette notion de continuum tridimensionnel, on peut ainsi expliquer que sur de petits échantillons, on retrouve aisément des profils pragmatiques proches entre les TSLO, l'autisme et la dysharmonie psychotique. Par ailleurs, la plupart des patients rencontrés présentaient des symptomatologies mixtes, avec peu de cas "purs", ce qui explique l'important recouvrement des profils pragmatiques entre les différentes pathologies.

Les résultats obtenus vont dans le sens de cette hypothèse car on retrouve bien des profils majoritairement différents entre les patients TSLO, autistes et dysharmoniques psychotiques, néanmoins, la taille de notre échantillon ne nous permet pas de conclure. Un échantillon plus conséquent serait nécessaire pour valider cette hypothèse.

2.4. Hypothèse 4 : un profil pragmatique spécifique à chaque pathologie peut être dégagé en vue du diagnostic différentiel

On retrouve majoritairement des profils pragmatiques du groupe 1 chez les patients TSLO, du groupe 2 chez les patients dysharmoniques et du groupe 3 chez les patients autistes. Néanmoins, excepté le profil 1 qui ne se retrouve que dans le groupe TSLO, les profils pragmatiques ne correspondent pas terme à terme avec le diagnostic médical : on retrouve le profil 2 chez un patient autiste et un patient TSLO, et le profil 3 chez un patient TSLO et 2 patients dysharmoniques.

Pour les patients TSLO, on retrouve comme attendu à la suite des travaux de Bishop (2000) et de Lemay (2004) des troubles pragmatiques de type 1, secondaires aux troubles du langage. Ces difficultés sont caractérisées par une altération plus importante des aspects langagiers que pragmatiques et sociaux, et par la préservation des versants comportementaux, ce qui va dans le sens de la spécificité (l'altération du langage est plus importante que les autres domaines) et de la sévérité

du trouble (qui est suffisamment sévère pour interférer avec la pragmatique) (Maillart & Leclercq, 2014).

Le profil 2 est majoritaire chez les dysharmoniques psychotiques, ce qui correspond aux descriptions cliniques de ce trouble dans la littérature (Beaud & De Guibert, 2009; Bursztejn et al., 2011; Dessons, 2014; Lemay, 2004; Manin, 2009). On retrouve en effet une altération de l'ensemble des versants de communication et des aspects non-verbaux. Le langage est souvent prolix, avec des coq-à-l'âne traduisant les associations d'idées rapides et singulières. La familiarité excessive manifeste le désir "maladroit" d'entrer en relation et le manque d'élaboration d'une bonne distance à l'autre. La poursuite de sa propre idée sans prise en compte du feed back de l'autre signe l'envahissement de la communication par les intérêts et les préoccupations de l'enfant. On retrouve, au travers des difficultés à respecter les règles de la proxémie et l'envahissement de l'espace de l'interlocuteur, le manque de conscience de ses propres limites et de celles de l'autre. La sur-utilisation des fonctions ludiques du langage et l'infiltration de l'imaginaire dans l'échange montre l'activité imaginaire et fantasmatique envahissante. Le besoin de clarifier si l'on est dans le jeu ou non reflète la mauvaise organisation du rapport à la réalité. Les troubles de la topicalisation, les irrptions et les persévérations thématiques, souvent sur des thèmes violents, marquent le débordement de la pensée par des affects et des représentations crues qui infiltrent la réalité.

Chez les patients autistes, la présence d'une majorité de profils pragmatiques du groupe 3 correspond aux données de la littérature (Anglada et al., 2015; Dardier, 2004; Le Duigou et al., 2010). En effet, on retrouve une altération importante de l'intentionnalité, avec une sous-utilisation de nombreuses fonctions du langage. On observe aussi les difficultés dans la régie de l'échange évoquées par les chercheurs, avec notamment des difficultés dans la topicalisation, les troubles de l'informativité, et les difficultés de compréhension, notamment du langage non littéral. Le comportement non-verbal est très altéré dans ce profil, ce qui correspond aux descriptions cliniques classiques, avec des troubles du contact oculaire, un manque de partage et de décodage des émotions d'autrui, des altérations rythmiques et prosodiques de la parole. Néanmoins, dans notre échantillon c'est la demande d'action qui est souvent la plus altérée, alors que ces auteurs signalent une production d'actes de langage préférentiellement instrumentaux (demande et protestation). De plus, concernant l'adaptation, nous constatons des difficultés

d'adaptation à l'interlocuteur quand ces auteurs parlent de difficultés d'adaptation au contexte. Pour résumer, la passivité et la restriction dans l'échange correspondent très bien au retrait relationnel, au manque de réactivité et d'intérêt aux autres, et à l'altération des fonctions sous-tendant les relations sociales et l'expression des émotions, telles que l'empathie ou la théorie de l'esprit, décrites dans la littérature dédiée à la pragmatique dans l'autisme (Dardier, 2004; Lenoir et al., 2007).

Ces 3 profils sont chacun majoritaire dans un groupe diagnostique et concordent avec les données de la littérature, mais ils ne se retrouvent pas exclusivement au sein des pathologies auxquelles ils correspondent. Cela s'explique tout d'abord par la taille restreinte de nos échantillons qui ne sont pas forcément représentatifs de la population testée. Par ailleurs, les patients rencontrés ne sont pas forcément des cas prototypiques de leur diagnostic. Enfin, nous avons pu constater que les professionnels des différentes structures dans lesquelles ces patients sont accueillis sont confrontés à des questionnements de diagnostic différentiel pour les patients de notre échantillon, et d'autant plus fréquemment au sujet des patients dont notre étude montre que leur profil pragmatique n'est pas en adéquation avec leur diagnostic.

Les résultats obtenus vont dans le sens de cette hypothèse car nous observons des profils majoritaires selon les diagnostics, correspondant aux descriptions théoriques issues de la littérature. Mais la taille de notre échantillon ne nous permet pas d'affirmer que les profils pragmatiques retrouvés sont spécifiques d'une pathologie car nous observons des cas dans lesquels la pathologie s'exprime avec une présentation pragmatique différente de la majorité. Le profil pragmatique ne peut donc pas constituer un critère pathognomonique et ne permet pas à lui seul de faire le diagnostic différentiel. Néanmoins, la symptomatologie pragmatique donne des indications importantes pour le diagnostic différentiel, car elle offre des renseignements essentiels sur le fonctionnement du patient, son inscription dans le langage, et son rapport à l'autre ainsi qu'à lui-même en tant que sujets.

3. Critiques méthodologiques, difficultés rencontrées et justification des choix effectués

3.1. Sélection des structures

Nous avons tout d'abord contacté les structures de la région accueillant les patients ayant les diagnostics d'intérêt. Pour éviter le biais de recrutement par le choix des établissements, il aurait pu être intéressant de varier les structures pour un même type de diagnostic, afin de diversifier le type de prise en charge et les références théoriques des équipes.

3.2. Sélection des patients en fonction du diagnostic

Nous avons commencé par choisir les patients avec les professionnels et les médecins des trois structures avec lesquelles nous avons travaillé, en fonction des diagnostics que nous recherchions. La sélection effectuée a priori, nous avons fait le choix de ne consulter le dossier des patients qu'une fois le bilan effectué, afin de ne pas influencer notre regard clinique lors de la rencontre. Nous avons alors constaté a posteriori qu'il existait de grandes différences entre le diagnostic des patients qui nous ont été présentés par les professionnels et les médecins en fonction des termes de notre recherche, et les diagnostics inscrits dans le dossier des patients. C'est pourquoi le diagnostic des enfants de notre étude diffère parfois du diagnostic prototypique du groupe auquel ils appartiennent. Nous avons d'ailleurs dû exclure un patient que nous avons rencontré car le diagnostic inscrit dans son dossier ne correspondait pas au groupe auquel il était censé appartenir.

Cela s'explique tout d'abord par le fait qu'avec le développement de l'enfant, et l'évolution due à sa prise en charge, le diagnostic posé à un moment précis de son développement ne correspond parfois plus à sa symptomatologie actuelle. De plus, en pratique les diagnostics sont souvent exprimés dans des termes qui ne correspondent pas exactement aux classifications de référence, pour refléter la réalité clinique du patient. En effet, les termes de ces classifications nomment le trouble, mais n'expliquent pas le fonctionnement sous-jacent de l'enfant, qui n'est pas toujours réductible à une seule et unique catégorie d'une classification. En effet, malgré les critères d'exclusion très précis exposés dans la littérature et dans les classifications, notamment pour les TSLO, la réalité est plus complexe. On constate ainsi la présence dans notre échantillon de 3 patients qui ont reçu, par des centres

référents, des diagnostics qui s'excluent mutuellement en théorie : un diagnostic évoquant un trouble spécifique du langage, mais aussi un trouble pédopsychiatrique ou un TED. Ces cas sont repérables par l'emploi d'une terminologie spécifique (hypothèse de, trouble langagier, trouble sévère du langage oral) car, malgré leurs troubles du langage, on ne peut parler de TSLO. On constate donc qu'en pratique, les diagnostics ne s'excluent pas mathématiquement les uns les autres, et coexistent souvent dans un tableau clinique spécifique à chaque patient.

Enfin, nous avons constaté que les diagnostics évoluent avec l'évolution des classifications et de la recherche. Ainsi, de nombreux articles et de mémoires d'orthophonie évoquent le SSP, mais ce diagnostic n'est que très rarement posé à l'heure actuelle, d'où l'extrême restriction de notre groupe dysphasique sémantique-pragmatique. Néanmoins, cela va certainement changer avec l'introduction du trouble de la communication sociale (pragmatique) dans le DSM-5 et la sortie future de la CIM-11.

3.3. Choix des outils

A l'heure du choix des outils d'évaluation de la pragmatique, nous avons constaté qu'ils n'étaient pas rares, contrairement à ce que l'on avait pu lire. La difficulté réside dans le fait qu'ils sont souvent uniquement qualitatifs, donc peu appropriés à la recherche, ou bien qu'ils ne sont pas traduits en français, ou encore qu'ils n'évaluent qu'un seul aspect de la pragmatique, ce qui ne permet pas d'avoir une vision globale du profil pragmatique de l'enfant. C'est pourquoi nous avons fait le choix de multiplier les outils pour avoir la vision la plus large possible des compétences de l'enfant.

Nous avons affiné notre connaissance des outils et notre sélection tout en avançant dans le projet. Ainsi, les inventaires pragmatiques, comme la liste de contrôle du langage pragmatique de Tattershall, ou les observations pragmatiques de Weinrich, Glaser et Johnson (Hilton, 1989), se sont révélés peu informatifs pour notre étude, et ont donc été vite abandonnés. A l'inverse, le PTP de Monfort, que nous avons écarté à cause de sa complexité et auquel nous avons préféré la CCC, s'est révélé pertinent car certaines de ses focalisations ne se retrouvent dans aucun autre outil (notamment l'évaluation de la compréhension). C'est pourquoi nous avons choisi de le remplir nous-même pour chacun des patients, bien que nous ne pouvions compléter les items concernant les comportements ludiques et sociaux, qui impliquent une connaissance de l'enfant dans ses milieux de socialisation.

3.4. Protocole

Tout d'abord, comme nous l'avons exposé, nous n'avons pu utiliser les données chiffrées issues des tâches de l'EVALO 2-6 et du test de Shulman. En effet, ces tests (exceptée la tâche pragmatique 3) se sont révélés peu puissants pour fournir des données chiffrées de qualité. Dès qu'un acte de langage n'est pas correctement induit par l'évaluateur ou que la réponse de l'enfant ne correspond pas à ce que le test prévoit (ce qui survient souvent avec des patients ayant des troubles de la pragmatique), le subtest et le test sont alors impossibles à coter. Ainsi, même en suivant les consignes au plus près, nous avons obtenu une majorité de protocoles ininterprétables sur le plan quantitatif. Ces tests ne laissent donc pas de marge d'adaptation dans un domaine où on doit perpétuellement s'adapter à l'autre.

Cela n'a pas eu de conséquence car les protocoles interprétables atteignaient les valeurs plafond des tests, alors que nous avons volontairement choisi des épreuves étalonnées sur des enfants plus jeunes, conjointement avec les équipes qui craignaient que les épreuves adaptées en terme d'âge ne soient trop difficiles. Néanmoins, parmi les protocoles qui n'ont pu être interprétés, de nombreux patients ont été mis en grande difficulté par les épreuves : il était donc justifié de ne pas choisir d'épreuves plus complexes pour ne pas les mettre trop en échec et pouvoir ainsi explorer leurs compétences.

L'ensemble de ces outils nous a permis de réunir des données cliniques et qualitatives, tandis que la CCC nous a fourni les éléments quantitatifs. Il aurait donc été pertinent de la remplir nous aussi, mais ces considérations sont intervenues à un stade trop avancé du travail.

Par ailleurs, nous avons choisi une image afin de proposer un récit sur image aux patients, épreuve réputée informative dans le domaine de la pragmatique. Mais notre choix d'image ne s'est pas révélé pertinent. En effet, elle n'incitait pas au récit mais plutôt à la dénomination des éléments présents sur l'image : nous n'avons donc pas pu tirer beaucoup d'informations de cette mise en situation.

Nous avons choisi de faire passer les épreuves en début de bilan, et de garder un temps dédié au jeu libre et au jeu partagé en fin de séance. Cette partie non dirigée, choisie initialement pour motiver l'enfant (elle était inscrite sur le planning à cocher représentant le déroulement de la séance) et pour se séparer sur un moment de plaisir partagé, s'est révélée très riche au niveau clinique. Nous avons pu observer les capacités de choix du patient, le type de jeu qu'il met en place seul, ses

compétences dans le jeu symbolique, et sa réaction face au jeu partagé. De plus, certains comportements émergent spontanément alors que l'enfant ne les produit pas en situation dirigée.

Enfin, nous avons pu remarquer l'intérêt de filmer les deux interlocuteurs lors d'une étude sur la pragmatique : c'est un versant de la communication qui se co-construit en permanence. Nous avons ainsi constaté le caractère réciproque des troubles de la pragmatique (Monfort et al., 2005), avec des différences dans nos comportements selon les enfants et le type de trouble pragmatique qu'ils présentent : l'analyse de notre prosodie, nos mimiques, notre façon de poser les questions, notre état tonique ont été autant d'informations qui ont affiné notre regard clinique.

3.5. Analyse des données

Nous avons fait le choix de ne voir l'enfant qu'une seule fois, dans les conditions d'un bilan dans un centre référent, ce qui nous a amené à nous interroger sur la sur ou sous-interprétation dans ce contexte. En effet, si un comportement n'apparaît qu'une fois lors du bilan, on peut considérer qu'il n'est pas significatif et éventuellement passer à côté d'un élément important, ou bien en prendre note au risque de rendre pathologiques des comportements qui ne le sont pas. Le mémoire sur l'étalonnage du test de Shulman nous a ainsi permis de pondérer nos observations, car de nombreuses réponses qui nous semblaient anormales dans ce test sont identiques chez l'enfant tout-venant.

Par ailleurs, nous avons souvent été confrontée à des hésitations sur la cotation de l'entretien d'accueil et du test de Shulman, qui se fait en terme d'adaptation et d'élaboration de la phrase, ce qui défavorise d'ailleurs les patients hypofluents mais adaptés. Mais la notion d'adaptation est extrêmement subjective : nous avons donc choisi d'harmoniser nos choix de cotation pour limiter cette difficulté. En reprenant les protocoles, nous avons alors constaté qu'à plusieurs reprises, nous avons coté différemment des interventions identiques. Nous nous sommes fixée des règles pour homogénéiser la cotation. Pourtant, des incertitudes persistaient, il n'était parfois pas possible de décider objectivement de la note à donner. Dans ces cas particuliers, nous avons décidé de choisir selon notre ressenti quant à l'adaptation de la réponse ou l'efficacité de l'acte de langage, grâce aux notes cliniques prises pendant les entretiens et à notre comportement sur les vidéos.

Enfin, notre analyse aurait pu être complétée d'une analyse statistique : nous avons fait le choix de ne pas en utiliser, étant donné l'hétérogénéité de notre

population en termes d'âge et son faible effectif, car elles n'auraient eu qu'une faible valeur scientifique.

4. Généralisation théorique, réintégration dans le champ orthophonique

4.1. La notion de handicap

Cette étude a été l'occasion de prendre conscience du handicap généré par les troubles de la pragmatique. En effet, il est très complexe de partager du sens avec ces patients, la communication est pleine de ruptures et nécessite de nombreux ajustements pour pouvoir transmettre des informations. Le travail de Sperber et Wilson (1986) explique ces difficultés par la distance entre notre environnement cognitif et celui du patient, ne permettant pas le respect du principe de manifesteté mutuelle : un effort cognitif important est nécessaire pour bénéficier de l'effet cognitif du message, car le principe de pertinence de l'information est souvent transgressé.

Nous avons de ce fait remarqué dans les grilles d'évaluation et lors des rencontres avec les familles, que celles-ci ont une conscience précise des troubles pragmatiques et se montrent très en demande par rapport à ces difficultés qui les impactent au quotidien. Les travaux de Bruner (2012) et de Vygotski (2014) nous permettent d'approcher la façon dont ces troubles se structurent, se consolident et s'entretiennent : face à des signaux déroutants, l'interlocuteur ne peut interpréter et anticiper les intentions communicatives de l'enfant pour élaborer un code commun stable avec lui et structurer ses compétences pragmatiques.

Il est donc nécessaire d'apporter une réponse en tant qu'orthophoniste à ces difficultés qui entravent l'intégration familiale, sociale et scolaire de l'enfant. Nous constatons qu'une évaluation très précise des difficultés, des potentialités et des émergences pragmatiques du patient peut permettre de définir des axes de prise en charge, d'ajuster nos interactions en séance orthophonique, et de proposer un soutien adapté aux enseignants, aux autres professionnels et aux familles.

4.2. La notion de diagnostic

Au cours de ce travail, nous nous sommes interrogée sur la notion de diagnostic : il existe deux aspects dans la démarche diagnostique. Le premier permet de nommer le trouble, mais aussi de le classer par rapport aux autres pathologies. Cela est utile pour les questions administratives et la recherche. L'autre aspect est

celui qui permet d'expliciter le profil clinique de l'enfant, de rapprocher son fonctionnement des aspects théoriques, de s'accorder sur les mécanismes sous-jacents, et de décider des objectifs thérapeutiques. Au croisement de ces deux aspects, il y a le diagnostic que l'on doit expliquer aux familles, qui leur permettra de mettre un mot sur les difficultés de leur enfant mais aussi de comprendre ses symptômes pour pouvoir se projeter dans son évolution.

Le diagnostic est donc fortement dépendant des références théoriques des cliniciens. Pourtant, la coexistence des différents points de vue et des différents professionnels n'est pas forcément un facteur de confusion ou de complication : ce sont plusieurs éclairages que nous portons sur un enfant pour mettre en lumière son fonctionnement et l'accompagner dans son évolution. De ce fait, il n'est pas forcément pertinent de chercher à les réunir en un seul point de vue, au risque d'ignorer la complexité inhérente à l'étude du vivant.

4.3. La notion de trouble pragmatique

D'après les travaux de Danon-Boileau (2011), il existe d'une part des troubles de la communication, de la personnalité et du comportement qui retentissent sur le langage et causent des troubles pragmatiques primaires, et d'autre part, des troubles instrumentaux dans lesquels le retentissement psychique touche la pragmatique secondairement. De ce fait, dans une perspective interactionniste, considérant qu'un enfant en développement n'est pas qu'un être cognitif, mais aussi un être doué d'affects et de psychisme, il est difficile d'envisager une pathologie isolée de la pragmatique qui ne serait pas en lien avec des difficultés à se penser soi-même, à penser l'autre et à penser le monde. C'est ce que proposent Beaud et De Guibert (2009) avec leur hypothèse d'un rapprochement entre le SSP et la dysharmonie psychotique. Ainsi, en envisageant que le langage est un moyen de communication, mais aussi un moyen de développer sa pensée et le reflet de notre monde intérieur, il est logique de retrouver des troubles de la pragmatique tout à la fois chez les patients qui présentent des troubles du langage, des troubles envahissants du développement et des troubles pédopsychiatriques.

4.4. La notion de subjectivité

Nous avons commencé ce travail avec la volonté de standardiser nos investigations pour objectiver nos résultats. Mais nous nous sommes confrontée à des difficultés d'analyse des données objectives, qui ne différenciaient pas les

patients rencontrés, alors que notre regard clinique nous permettait de distinguer des profils pragmatiques différents. Dans cette impasse logique, nous avons choisi d'accepter l'apport de la subjectivité, car l'ignorer nous amenait à perdre des informations trop précieuses. Nous avons été confortée dans notre choix lorsque nous avons constaté que notre subjectivité s'exprimait sans que l'on s'en rende compte dans la cotation des épreuves. Il semble donc pertinent de prendre conscience de ce facteur, pour pouvoir le contrôler en le mettant en rapport avec les données objectives et l'utiliser à des fins cliniques, a fortiori en pédopsychiatrie, face à des enfants qui résonnent en nous avec une intensité et une fréquence particulière. Ces éléments font sens avec les derniers travaux sur notre fonctionnement cognitif et neuronal : nous nous mettons à la place de l'autre par l'intersubjectivité, nous faisons des hypothèses quant à ce qu'il pense et ce qu'il ressent via la théorie de l'esprit, et nous entrons en résonance avec l'autre, à la fois semblable et différent, par le biais de réseaux miroir. La pragmatique ressemble finalement à un passage qui permet à notre propre subjectivité d'accéder à celle de l'autre.

Conclusion

Dans ce travail, nous cherchions à déterminer si l'élaboration du profil pragmatique permettait de rapprocher SSP et dysharmonie psychotique, et d'effectuer le diagnostic différentiel entre TSLO, autisme et dysharmonie psychotique. Notre étude ne permet pas d'assimiler les compétences pragmatiques du patient SSP à celles des patients dysharmoniques. Néanmoins, nous constatons que la majorité de ces derniers présentent qualitativement un profil pragmatique correspondant aux descriptions théoriques du SSP, ce qui va dans le sens de l'hypothèse de Beaud et De Guibert (2009). Par ailleurs, une majorité de patients TSLO, autistes et dysharmoniques psychotiques présentent des profils pragmatiques cliniquement distincts, qui correspondent aux données de la littérature. Nos échantillons sont trop restreints pour conclure à une différence significative, et généraliser nos observations à l'ensemble des patients ayant un même diagnostic.

L'évaluation de la pragmatique apporte des informations précieuses pour le diagnostic différentiel entre autisme, dysharmonie psychotique et TSLO, bien que le profil pragmatique ne soit pas pathognomonique. Elle ouvre des pistes pour la prise en charge des troubles pragmatiques qui constituent un handicap en terme d'intégration familiale, sociale et scolaire. Par ailleurs, le diagnostic s'avère complexe et dépendant des nosographies, qui peinent à résumer à elles seules des symptomatologies hétérogènes. Mais elles sont l'expression de la diversité des regards des professionnels et des chercheurs, dont on ne peut se passer au risque d'ignorer la complexité inhérente à l'étude de l'humain. Ainsi, s'intéresser à la pragmatique implique de prendre conscience de sa propre subjectivité, dont l'analyse, mise en rapport avec des données objectives, fournit des éléments cliniques précieux sur le fonctionnement de l'enfant : c'est par la pragmatique que le langage s'inscrit dans la relation.

Ce travail a aussi été l'occasion de s'interroger sur les rapports entre langage, pragmatique et pensée. Le langage est un reflet de la pensée, et une altération de l'un comme de l'autre retentit sur la pragmatique. Nous commençons seulement à entrevoir les mécanismes en jeu dans notre rapport à l'autre, et la pragmatique permet d'approcher "les mouvements du sujet aux prises avec la langue et le langage, dans son rapport au monde, aux autres, à lui-même et à son propre discours" (Salazar-Orvig, 1999). En ce sens, le regard clinique de l'orthophoniste a pleinement sa place en pédopsychiatrie, face à des patients qui invitent à dépasser les fractures théoriques, à admettre notre subjectivité et à accepter la complexité.

Bibliographie

- Adams, C. (2002). Practitioner Review: The assessment of language pragmatics. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(8), 973-987.
- Ajuriaguerra, J. de. (1973). Les désorganisations dites fonctionnelles. *Manuel de psychiatrie de l'enfant* (Masson, p. 167-171). Paris.
- Ajuriaguerra, J. de, & Guignard, F. (1965). Evolution et pronostic de la dysphasie chez l'enfant. *Psychiatrie de l'enfant*, 8, 391-453.
- American Psychiatric Association (Éd.). (1998). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV; includes ICD-9-CM codes effective 1. Oct. 96* (4. ed., 7. print). Washington, DC.
- American psychiatric association. (2004). *DSM-IV-TR manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Issy-les-Moulineaux: Masson.
- American Psychiatric Association, Crocq, M.-A., Guelfi, J.-D., Boyer, P., Pull, C.-B., & Pull-Erpelding, M.-C. (2015). *DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Andrieu, J.-B., Crunelle, D., Lorendeau, A., & Masson, O. (2012). *Troubles envahissants du développement (TED), troubles « envahissants » du comportement (« TEC »): diagnostics différentiels et démarches d'accompagnement*. Isbergues: Ortho édition.
- Anglada, E., Kinoo, P., Poncin, F., & Wintgens, A. (2015). Trouble sémantico-pragmatique : Syndrome ou Symptôme ? *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*.
- Anscombe, J. C., & Ducrot, O. (1983). *L'argumentation dans la langue*. Bruxelles: P. Mardaga.
- Austin, J. L. (1962). *How to do things with words*. Oxford: Oxford University Press.
- Avenet, S., Lemaître, M.-P., & Vallée, L. (2014). Troubles spécifiques du langage oral (TSLO): historique et problématique de la spécificité. *Approche neuropsychologique des apprentissages chez l'enfant*, 26(129), 159-167.
- Bates, E. (1976). *Language and context: the acquisition of pragmatics*. New York: Academic Press.
- Beaud, L., & De Guibert, C. (2009). Le syndrome sémantique-pragmatique : dysphasie, autisme ou « dysharmonie psychotique » ? *La psychiatrie de l'enfant*, Vol. 52(1), 89-130.
- Benveniste, É. (2006). *Problèmes de linguistique générale* (Nachdr.). Paris: Gallimard.
- Bernicot, J. (1992). *Les actes de langage chez l'enfant*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Bertoni, N. (1992). Éléments d'une pragmatique du discours paranoïaque. *Psychologie Française*, 37(3-4), 203-211.

- Bishop, D. V. (1998). Development of the Children's Communication Checklist (CCC): a method for assessing qualitative aspects of communicative impairment in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(6), 879-891.
- Bishop, D. V. M. (1992). The underlying nature of specific language impairment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 13-66.
- Bishop, D. V. M. (2000). Pragmatic language impairment: a correlate of SLI, a distinct subgroup, or part of the autistic continuum. In *Speech and Language Impairment in children. Cause, Characteristics, Intervention and Outcome* (p. 99-113). Hove: Psychology Press Ltd.
- Bishop, D. V. M. (2003). *The Children's communication checklist - Second edition* (Department of experimental psychology - University of Oxford). London: The Psychological Corporation.
- Bishop, D. V. M. (2004). Specific Language Impairment: Diagnostic Dilemmas. In *Classification of Developmental Language Disorders: Theoretical Issues and Clinical Implications* (Lawrence Erlbaum Associates Publishers, p. 309-326). London: Ludo Verhoeven - Hans van Balkom.
- Bishop, D. V. M., & Rosenbloom, L. (1987). Classification of childhood language disorders. *Language development and disorders*, 16-41.
- Bleuler, E. (1950). *Dementia praecox or the group of schizophrenias (1911)*. New York: International Universities Press.
- Bloom, L., & Lahey, M. (1978). *Language development and language disorders*. New York: Wiley.
- Bon Saint Côme - Donnadieu, M. (2011). *Comment revisiter les Troubles Envahissants du Développement et le concept de dysharmonie à l'aube du DSM V?* Université Paris Diderot - Paris 7, Paris.
- Botting, N., & Conti-Ramsden, G. (1999). Pragmatic Language Impairment Without Autism: The children in question. *Autism*, 3(4), 371-396.
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 39(5), 350-373.
- Bracops, M. (2010). *Introduction à la pragmatique: les théories fondatrices: actes de langage, pragmatique cognitive, pragmatique intégrée ; avec exercices et corrigés* (2e éd). Bruxelles: De Boeck, Duculot.
- Bruner, J. S. (1983). The acquisition of pragmatics commitments. In *The transition from prelinguistic to linguistic communication : issues and implications* (p. 27-42). Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Bruner, J. S. (1984). Contexte et formats. In *Langage et communication à l'âge préscolaire*. Rennes: Presses universitaires de Rennes 2.
- Bruner, J. S. (2012). *Comment les enfants apprennent à parler*. Paris: Retz.

- Bruner, J. S., & Deleau, M. (2011). *Le développement de l'enfant: savoir faire, savoir dire*. Paris: Presses universitaires de France.
- Bursztejn, C., & Jeammet, P. (2002). Autisme et psychoses de l'enfant dans la CFTMEA R-2000. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 160(3), 216-219
- Bursztejn, C., Raynaud, J.-P., & Misés, R. (2011). Autisme, psychose précoce, troubles envahissants du développement. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 169(4), 256-259
- Chevrie-Muller, C., & Narbonna, J. (2007). Troubles spécifiques du développement du langage (TSDL). « Dysphasies de développement ». In *Le langage de l'enfant. Aspects normaux et pathologiques* (3ème édition, p. 361-419). Paris: Masson.
- Cohen, D. J., Paul, R., & Volkmar, F. R. (1986). Issues in the classification of pervasive and other developmental disorders: toward DSM-IV. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25(2), 213-220.
- Coinçon, Y. (2013). Classifications : soeurs et rivales. Enjeux pour la pédopsychiatrie. *L'Information Psychiatrique*, 89(4), 311-317
- Coquet, F. (2005). Pragmatique: quelques notions de base. *Rééducation orthophonique*, (221), 13-27.
- Coquet, F., & Roch, D. (2013). *Troubles du langage oral chez l'enfant et l'adolescent: pistes pour l'évaluation*. Isbergues: Ortho éd.
- Corraze, J. (2001). *Les communications non-verbales*. Paris: Presses universitaires de France.
- Coulonnier, A. (2014). *Adaptation des deux épreuves de discussion réelle du Test des Habiletés Pragmatiques de B. Shulman pour les enfants de 8 à 12 ans* (Mémoire d'orthophonie). Bordeaux, Bordeaux.
- Danon-Boileau, L. (2002). *Des enfants sans langage: de la dysphasie à l'autisme*. Paris: Odile Jacob.
- Danon-Boileau, L. (2011). *Les troubles du langage et de la communication chez l'enfant*. Paris: Presses universitaires de France.
- Dardier, V. (2004). *Pragmatique et pathologies: comment étudier les troubles de l'usage du langage*. Rosny-sous-Bois: Bréal.
- De Guibert, C., & Beaud, L. (2005). Différence entre autisme de Kanner et « psychose infantile » : déficits d'unité vs d'identité de la situation ? *La psychiatrie de l'enfant*, 48(2), 391
- Deleau, M. (1993). Communication and the development of symbolic play. In *New perspectives in early communication development* (p. 96-115). London: Routledge.
- Demazeux, S. (2013a). L'échec du DSM-5, ou la victoire du principe de conservatisme. *L'Information Psychiatrique*, 89(4), 295-302

- Demazeux, S. (2013b). *Qu'est-ce que le DSM ? : genèse et transformations de la bible américaine de la psychiatrie*. Paris: Ithaque.
- De Sanctis, S. (1908). Dementia praecocissima catatonica o catatonica della prima infanzia? *Bollettino della Reale Accademia Medica di Roma*, 34(4).
- Dessons, M. (2014). *Psychopathologie de l'enfant*. Paris: Armand Colin.
- Dore, J. (1979). Conversational acts. In *Develomental pragmatics and the acquisition of language* (p. 339-362). New-York: Academic Press.
- Duchêne, A. (2005). Pragmatique: mise en perspective historique. *Rééducation orthophonique*, (221), 7-11.
- Freud, S. (1987). *Trois essais sur la théorie sexuelle (1905)*. Paris: Gallimard.
- Fronsacq, A., & Pouyet, M. (2000). *A la piscine*. Paris: Flammarion-Père Castor.
- Gagnon, L., Mottron, L., & Joannette, Y. (1997). Questioning the validity of the semantic-pragmatic syndrome diagnosis. *Autism*, 1(1), 37-55.
- Galiano, A. (2008). L'approche pragmatique en psychopathologie cognitive : le cas d'une patiente bipolaire. *Sciences-Croisées*, (4).
- Garcia, L. J., Ruel, M., & Joannette, Y. (2001). Pertinence écologique de l'évaluation des dimensions pragmatiques des habiletés de communication dans la démence. *Psychologie de l'interaction*, 13-14, 223-250.
- Garitte, C. (1998). Le développement de la conversation chez l'enfant. Paris: De Boeck Université.
- Garrabé, J. (2013). La Classification française des troubles mentaux et la Classification internationale des maladies : historique comparatif. *L'Information Psychiatrique*, 89(4), 319-326
- George, F. (2007). Les dysphasies. *Rééducation orthophonique*, (230), 7-24.
- Gérard, C.-L. (1991). *L'enfant dysphasique*. Paris: Editions universitaires.
- Gérard, C.-L. (1993). *L'enfant dysphasique: évaluation et rééducation*. Bruxelles: De Boeck-Université.
- Gérard, C.-L. (2003). Place des syndromes dysphasiques parmi les troubles du développement du langage chez l'enfant. In *Les dysphasies* (Masson, p. 1-15). Paris.
- Gerin, M. (2013). *Dysphasie et retard de langage : comparaison des habiletés pragmatiques* (Mémoire d'orthophonie). Université de Nice Sophia Antipolis, Nice.
- Grice, H. P. (1975). Logique and conversation. In *Syntax and semantics 3: Speech Ants* (p. 41-58). New York: Academic Press.
- Grice, H. P. (1989). *Studies in the way of words*. Cambridge: Harvard University Press.

- Guidetti, M. (1998). Les usages des gestes conventionnels chez les enfants. In *De l'usage des gestes et des mots chez l'enfant* (p. 27-50). Paris: Armand Colin.
- Guidetti, M. (2003). *Pragmatique et psychologie du développement: comment communiquent les jeunes enfants*. Paris: Belin.
- Guidetti, M., Turquois, L., Adrien, J.-L., Barthélémy, C., & Bernard, J.-L. (2004). Aspects pragmatiques de la communication et du langage chez des enfants typiques et des enfants ultérieurement diagnostiqués autistes. *Psychologie Française*, 49(2), 131-144
- Halliday, M. A. K. (1973). *Explorations in the functions of language*. London: Edward Arnold.
- Hilton, L. M. (1989). Identification et évaluation des différences pragmatiques du langage à partir de méthodes nonpsychométriques. *Glossa*, (18), 14-20.
- Hochmann, J. (2010). Histoire et actualité du concept de psychose de l'enfant. *L'information psychiatrique*, 86(3), 227-235
- Hupet, M., Estienne, F., & Piérart, B. (2006). Bilan pragmatique. In *Les bilans de langage et de voix: fondements théoriques et pratiques* (p. 88-104). Paris: Masson.
- Jaguin, K. (2008). *Pertinence de l'utilisation d'un outil pour l'évaluation des troubles pragmatiques chez l'enfant lors d'un échange conversationnel: étude de cas d'un enfant présentant une dysharmonie psychotique et des troubles autistiques* (Mémoire d'orthophonie). Université de Nantes, Nantes.
- Jakobson, R., & Ruwet, N. (2003). *Essais de linguistique générale. 1, 1,*. Paris: Éd. de Minuit.
- Journal Officiel de la République Française (JORF) (2014). Modifications des libellés de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP). JORF n°221 du 24 septembre 2014 page 15549 texte n°35.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217-250.
- Kanner, L. (1990). Les troubles autistiques du contact affectif (1943). *Neuropsychiatrie de l'enfance*, 38(1-2), 65-84.
- Kipman, S.-D. (2005). *Dictionnaire critique des termes de psychiatrie et de santé mentale*. Rueil-Malmaison : Doin.
- Lacuisse, L. (2012). « Tous en scène »: *Un matériel ludique en vue de la rééducation des troubles de la pragmatique chez l'enfant* (Mémoire d'orthophonie). Université Henri Poincaré, Nancy 1, Nancy.
- Lang, J. L. (1979). *Introduction à la psychopathologie infantile: méthodologie, études théoriques et cliniques*. Paris : New York: Dunod ; distributed by S.M.P.F. Corp.

- Le Bar, M., & Mahouet, C. (2011). Schizophrénie et orthophonie : Évaluation des compétences pragmatiques, par le protocole MEC, de patients adultes schizophrènes. Comparaison avec des patients présentant d'autres pathologies psychiatriques. (Mémoire d'orthophonie). Lille, France.
- Lebovici, S., Diatkine, R., & Soulé, M. (1995). *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* (Vol. 1). Paris: Presses Universitaires de France.
- Lebovici, S., Diatkine, R., & Soulé, M. (1997). *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: Presses universitaires de France.
- Le Duigou, N., Martin, C., Canton, M., Aubry, D., Bouc, C., Valtot, N., ... Kabuth, B. (2010). Profils neuropsychologique et psychopathologique des enfants présentant des troubles envahissants du développement. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 58(6-7), 416-425
- Lemay, M. (2004). *L'autisme aujourd'hui*. Paris: O. Jacob.
- Lenoir, P., Malvy, J., & Bodier-Rethore, C. (2007). *L'autisme et les troubles du développement psychologique* (Masson). Issy-les-Moulineaux (Hauts-de-Seine): Elsevier Masson.
- Leonard, L. (1979). Language impairment in children. *Merrill-Palmer Quarterly*, 25, 205-232.
- Leonard, L. (1987). Is specific language impairment a useful construct. In *Advances in Applied Psycholinguistics, Disorders of First-Language Development* (Cambridge City Press, Vol. 1, p. 1-39). Cambridge.
- Leonard, L. (1991). Specific language impairment as a clinical category. *Language, Speech and Hearing Services School*, 22, 66-68.
- Leonard, L. (1998). *Children with specific language impairment*. Cambridge, Mass: The MIT Press.
- Maillart, C. (2003). Les troubles pragmatiques chez les enfants présentant des difficultés langagières. Présentation d'une grille d'évaluation: la Children's Communication Checklist (Bishop, 1998). *Les Cahiers de la SBLU*, 13, 13-32.
- Maillart, C., & Leclercq, A.-L. (2014). Dysphasie : Réflexions autour de la définition et des critères diagnostiques. In *Les entretiens de Bichat*. Paris.
- Manin, S. (2009). *Psychopathologie et intégration scolaire. De l'évaluation des compétences cognitives à l'accompagnement thérapeutique*. Université Lumière Lyon 2, Lyon.
- Marc, C., & Francpourmoi, S. (1996). *Étalonnage du test d'évaluation des habiletés pragmatiques de B. Shulman sur une population d'enfants âgés de 3 à 8 ans* (Mémoire d'orthophonie). Université Paris VI - U.F.R. Pitié Salpêtrière, Paris.
- Marcelli, D., & Cohen, D. (2012). *Enfance et psychopathologie*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson.

- Martinet, A. (2015). *Eléments de linguistique générale* (5ème édition). Paris: Armand Colin.
- Mazeau, M. (1999). *Dysphasies, troubles mnésiques, syndrome frontal chez l'enfant: du trouble à la rééducation*. Paris: Masson.
- Mazeau, M. (2005). *Neuropsychologie et troubles des apprentissages du symptôme à la rééducation*. Paris: Masson.
- Mazeau, M. (2008). *Conduite du bilan neuropsychologique chez l'enfant* (2ème édition). Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson.
- Misès, R. (2012). *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent R-2012 ; Correspondances et transcodage CIM 10*. Rennes: Presse de l'École des hautes études en santé publique.
- Misès, R. (2015). *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent R-2012 ; Correspondances et transcodage CIM 10* (5ème édition). Rennes: Presse de l'École des hautes études en santé publique.
- Misès, R., Garret-Gloanec, N., & Coinçon, Y. (2010). Classification de l'autisme et des psychoses précoces, plaidoyer pour des convergences. *L'information psychiatrique, Volume 86(3)*, 223-226.
- Misès, R., Jeammet, P., Mazet, P., Plantade, A., & Quemada, N. (1987). Vers une Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent. *Information Psychiatrique, 63(Spécial)*, 291-302.
- Monfort, M. (2005). Troubles pragmatiques chez l'enfant: nosologie et principes d'intervention. *Rééducation orthophonique, (221)*, 85-99.
- Monfort, M., & Juárez, A. (2001). *L'intervention dans les troubles graves de l'acquisition du langage et les dysphasies développementales: une proposition de modèle interactif*. Molvinghem : L'Ortho édition.
- Monfort, M., Juárez Sánchez, A., & Monfort Juárez, I. (2005). *Les troubles de la pragmatique chez l'enfant*. Madrid: Entha ediciones : Ortho édition.
- Monpetit, A. (1993). *Test d'évaluation des habiletés pragmatiques* (Mémoire d'orthophonie). Montréal, Hopital Sainte-Justine.
- Morris, C. W., Neurath, O., Laade, W., & Morris, C. W. (1975). *Foundations of the theory of signs* (13. impr). Chicago, Ill: Chicago Univ. Press.
- Parisse, C., & Maillart, C. (2009). Specific language impairment as systemic developmental disorders. *Journal of Neurolinguistics, 22(2)*, 109-122
- Perkins, M. R. (2007). *Pragmatic impairment*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Piérart, B. (2004). Introduction: Les dysphasies chez l'enfant : un développement en délai ou une construction langagière différente ? *Enfance, 56(1)*, 5

- Pierce, C. S. (1867). On a new list of categories. *Proceedings of the American Academy of Arts and Sciences*, 7, 287-298.
- Rapin, I. (1996). Developmental language disorders: a clinical update. *Journal of child psychology and psychiatry*, 37, 647-655.
- Rapin, I., & Allen, D. (1981). Progress toward a nosology of developmental dysphasia. In *Child neurology* (Excerpta Medica, p. 25-35). Amsterdam.
- Rapin, I., & Allen, D. (1983). Developmental Language Disorders: Nosologic considerations. In *Neuropsychology of language, reading and spelling* (Academic Press New York, p. 155-184). New-York.
- Rapin, I., & Allen, D. A. (1998). The semantic-pragmatic deficit disorder: classification issues. *International Journal of Language & Communication Disorders / Royal College of Speech & Language Therapists*, 33(1), 82-87; discussion 95-108.
- Rapin, I., & Dunn, M. (2003). Update on the language disorders of individuals on the autistic spectrum. *Brain and Development*, 25(3), 166-172
- Rapin, I., Dunn, M., & Allen, D. (2003). Developmental language disorders. *Handbook of neuropsychology*, 8, 593-630.
- Reed, G., Daumerie, N., Marsili, M., Desmons, P., Lovell, A., Garcin, V., & Roelandt, J.-L. (2013). Développement de la CIM-11 de l'OMS dans les pays francophones. *L'Information Psychiatrique*, 89(4), 303-309.
- Salazar-Orvig, A. (1999). Les mouvements du discours : style, référence et dialogue dans des entretiens cliniques (La philosophie en commun). Paris: Editions L'Harmattan.
- Saussure, F. de. (2005). *Cours de linguistique générale (1916)* (Éd. critique). Paris: Payot.
- Searle, J. R. (1969). *Speech Acts*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Searle, J. R. (1979). *Expression and meaning*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Shields, J., Varley, R., Broks, P., & Simpson, A. (1996). Hemispheric function in developmental language disorders and high-level autism. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 38(6), 473-486
- Shulman, B. B. (1986). *Test of pragmatic skills*. Tucson, Ariz.: Communication Skill Builders.
- Snow, K. (1977). The development of conversations between mothers and babies. *Journal of child language*, 4, 1-22.
- Sperber, D., & Wilson, D. (1986). *Relevance. Communication and Cognition*. Oxford: Blackwell.
- Stark, R. E., & Tallal, P. (1981). Selection of Children with Specific Language Deficits. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 46(2), 114-122

- Swineford, L. B., Thurm, A., Baird, G., Wetherby, A. M., & Swedo, S. (2014). Social (pragmatic) communication disorder: a research review of this new DSM-5 diagnostic category. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 6(1), 41
- Taly, V. (2014). Quelle place pour le trouble spécifique du développement du langage oral, ou dysphasie de l'enfant, dans le champ de la psychopathologie ? *L'Évolution Psychiatrique*, 79(2), 261-271
- Thibault, L. (2011). Troubles sémantiques et pragmatiques du langage : intérêt de l'analyse linguistique en psychiatrie et cadres pathologiques. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 59(5), 260-265
- Tognet, C. (2014). *Adaptation des deux épreuves de conversation fictive du test des habiletés pragmatiques de B. Shulman pour les enfants de 8 à 12 ans* (Mémoire d'orthophonie). Université Bordeaux Segalen, Bordeaux.
- Tomasello, M., Carpenter, M., Call, J., Behne, T., & Moll, H. (2005). Understanding and sharing intentions: the origins of cultural cognition. *The Behavioral and Brain Sciences*, 28(5), 675-691; discussion 691-735
- Tordjman, S., Ferrari, P., Golse, B., Bursztejn, C., Botbol, M., Lebovici, S., & Cohen, D. J. (1997). « Dysharmonies psychotiques » et « multiplex developmental disorder » : Histoire d'une convergence. *La psychiatrie de l'enfant*, 40(2).
- Towbin, K. E., Dykens, E. M., Pearson, G. S., & Cohen, D. J. (1993). Conceptualizing « borderline syndrome of childhood » and « childhood schizophrenia » as a developmental disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(4), 775-782
- Trognon, A. (1985). Le schizophrène, la cohérence du discours et l'auditeur. *Psychanalyse à l'université*, 40(10), 637-653.
- Trognon, A. (1992). L'approche pragmatique en psychopathologie cognitive. *Psychologie Française*, 37(3-4), 191-202.
- Trognon, A., & Musiol, M. (1996). L'accomplissement interactionnel du trouble schizophrénique. In *La folie dans la place. Pathologies de l'interaction*. Paris : Editions de l'école des hautes études en sciences sociales.
- Trognon, A., & Musiol, M. (2000). Processus cognitifs et schizophrénie en psychopathologie cognitive. In *Éléments de psychopathologie cognitive : le discours schizophrénique* (p. 9-50). Paris: Armand Colin.
- Trognon, A., & Sorsana, C. (2005). Les compétences interactionnelles : formes d'exercice, bases, effets et développement. *Rééducation orthophonique*, (221), 29-56.
- Vygotski, L. S. (1997). *Pensee et langage* (3. ed). Paris: Dispute.
- Vygotski, L. S., Sève, F., Brossard, M., & Sève, L. (2014). *Histoire du développement des fonctions psychiques supérieures*. Paris: La Dispute.
- Wallon, H., & Jalley, É. (2012). *L'évolution psychologique de l'enfant*. Paris: A. Colin.

- Weck, G. de. (2005). L'approche interactionniste en orthophonie / logopédie. *Rééducation orthophonique*, (221), 67-83.
- Weyland, M. (2014). De la définition au diagnostic, du diagnostic à la prise en charge: DSM-5 dans le domaine de l'autisme et impacts d'une nouvelle version. *Les cahiers de l'ASELF*, 11(1)
- Widakowich, C., Van Wettere, L., Jurysta, F., Linkowski, P., & Hubain, P. (2013). L'approche dimensionnelle versus l'approche catégorielle dans le diagnostic psychiatrique: aspects historiques et épistémologiques. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 171(5), 300-305
- Witko, A. (2005). Une approche pragmatique lors du bilan orthophonique d'un enfant atteint de psychose infantile. *Rééducation orthophonique*, (221), 137-156.
- World Health Organization, & Marcelli, D. (2001). *Classification multi-axiale des troubles psychiatriques chez l'enfant et l'adolescent: classification CIM-10 des troubles mentaux et des troubles du comportement de l'enfant et de l'adolescent*. Paris: Masson.

Liste des annexes

Liste des annexes :

Annexe n°1 : Liste des acronymes

Annexe n°2 : Tableau comparatif des critères diagnostiques de la CIM-10, de la CFTMEA-R-2012, du DSM-IV-TR et du DSM-5

Annexe n°3 : Tableau comparatif des caractéristiques cliniques du SSP

Annexe n°4 : Tableaux comparatif des classifications des dysphasies

Annexe n°5 : Tableau comparatif des fonctions du langage

Annexe n°6 : Signes cliniques à rechercher lors du bilan orthophonique

Annexe n°7 : Liste des outils d'évaluation de la pragmatique

Annexe n°8 : Repères développementaux de la pragmatique

Annexe n°9 : Répertoire des symptômes des troubles pragmatiques

Annexe n°10 : Planning du bilan d'évaluation de la pragmatique

Annexe n°11 : Courriers adressés aux familles

Annexe n°12 : Parcours diagnostic de notre population

Annexe n°13 : Parcours de soin de notre population

Annexe n°14 : Présentation des résultats par patient

Annexe n°15 : Comparaison des résultats à la CCC des groupes formés en fonction du diagnostic

Annexe n°16 : Comparaison des résultats à la CCC des groupes formés en fonction du profil pragmatique